

MINERVA CHIRURGICA

VOL. 68 · SUPPL. I · N. 5 · OTTOBRE 2013

LINEE GUIDA PER I PRINCIPALI INTERVENTI DI CHIRURGIA ESTETICA



E D I Z I O N I · M I N E R V A · M E D I C A

PUBBLICAZIONE PERIODICA BIMESTRALE - POSTE ITALIANE S.P.A. - SPED. IN A. P.D.L. 353/2003 (CONV. IN L. 27/02/2004 N° 46) ART. 1, COMMA 1, DCB/CN - ISSN 0026-4849 TAXE PERÇUE



**LINEE GUIDA
PER I PRINCIPALI INTERVENTI
DI CHIRURGIA ESTETICA**

A cura della Associazione Italiana
di Chirurgia Plastica Estetica
(AICPE)

Ottobre 2013



INDICE

LINEE GUIDA PER I PRINCIPALI INTERVENTI DI CHIRURGIA ESTETICA

1

Introduzione

3

Le linee guida di AICPE

5

La blefaroplastica

10

La ritidectomia cervico-facciale (Lifting del volto e del collo)

14

La rinoplastica

18

L'otoplastica

20

La mastoplastica additiva

25

La mastopessi

28

La mastoplastica riduttiva

31

La correzione della ginecomastia

34

La lipoaspirazione

38

L'addominoplastica

43

La dermolipectomia della regione mediale delle cosce (lifting delle cosce)

46

La dermolipectomia (o lifting) delle braccia

48

La gluteoplastica

52

L'innesto di tessuto adiposo (Lipofilling - lipostruttura)

Introduzione

E' con grande piacere che l'Associazione Italiana di Chirurgia Estetica (AICPE) tiene a battesimo la prima edizione delle "Linee Guida per i Principali Interventi di Chirurgia Estetica".

AICPE nasce nel settembre 2011 con lo scopo di promuovere la formazione e la pratica in Chirurgia Plastica Estetica, favorendo uno scambio di conoscenze fra chirurghi qualificati. Tra gli scopi stabiliti nello statuto vi è proprio quello di disciplinare l'attività professionale dei Chirurghi Plastici Estetici e di elaborare linee guida condivise.

La principale caratteristica di queste linee guida è, a nostro giudizio, quella di nascere non a tavolino o dai libri ma dalla preziosa esperienza pratica di medici che da anni esercitano tutti i giorni la loro attività professionale, ponendo sempre il rispetto della sicurezza e della salute del paziente quale principio prioritario ed inderogabile.

Il nostro augurio è che questo prezioso contributo, il primo del genere in Italia, possa essere un valido punto di partenza per stabilire standard di cura di alto livello anche nel campo della Chirurgia Plastica Estetica.

I membri del Consiglio Direttivo AICPE:

Gianluca Campiglio (Coordinatore del Progetto Linee Guida AICPE)

Emanuele Bartoletti

Gianfranco Bernabei

Claudio Bernardi

Giovanni Botti

Felice Cardone

Alessandro Casadei

Mario Pelle Ceravolo

Pier Francesco Cirillo

Eugenio Gandolfi

Alvaro Pacifici

Andrea Paci

Flavio Saccomanno

Le linee guida di AICPE

Tutte le tecniche chirurgiche sono in continua e rapida evoluzione, sebbene le basi su cui poggiano restino spesso invariate per lunghi periodi. In buona parte dei casi si tratta di progressi legati allo sviluppo tecnologico della strumentazione, ma talvolta cambiano proprio i concetti dinamici che ci spingono a preferire una soluzione terapeutica a un'altra. Immutabile è invece l'anatomia, pur con le sue variabili individuali, sulla cui conoscenza si deve sempre basare ogni intervento chirurgico. Ciò premesso, da tempo era avvertita la necessità di disporre di istruzioni chiare da tener sempre presenti nella pratica quotidiana e cui riferirsi per chiarire ogni dubbio. Percorrere binari tracciati sulla base dell'esperienza pratica di professionisti esperti, può essere di aiuto e conforto per ogni chirurgo che si appresti ad affrontare un'operazione estetica. Queste originali "Linee-guida" sono state realizzate grazie al contributo di numerosi chirurghi plastici italiani, tutti membri di AICPE, che con grande impegno ed entusiasmo ne hanno curato ogni dettaglio fino ad arrivare alla loro stesura definitiva. Desidero quindi ringraziare a nome del Consiglio tutti i Soci che hanno lavorato a questo progetto, che speriamo possa servire da riferimento chiarificatore per chiunque ne abbia bisogno.

Giovanni Botti
Presidente di AICPE

LINEE GUIDA PER I PRINCIPALI INTERVENTI DI CHIRURGIA ESTETICA

MINERVA CHIR 2013;68(Suppl. 1 al N. 5):5-55

La blefaroplastica

1. Breve definizione del tipo di intervento chirurgico

La blefaroplastica è l'intervento di chirurgia estetica che ha come finalità l'attenuazione delle alterazioni morfologiche della regione palpebrale, che di solito compaiono gradualmente con il passare del tempo, ma che talvolta possono essere presenti sin da giovane età. Questa operazione consente infatti di migliorare l'aspetto delle palpebre cadenti, gonfie o grinzose, grazie all'asportazione dell'eccesso cutaneo e/o alla rimozione/modellamento delle pseudo-ernie adipose. In casi particolari nell'ambito dello stesso intervento si può ricorrere anche ad altre procedure destinate a migliorare il tono palpebrale, a rendere più piana e levigata la superficie cutanea, a correggere il solco palpebro-genieno e a modificare moderatamente il taglio dell'occhio.

Occorre sottolineare che la cute palpebrale, particolarmente sottile ed aderente al muscolo orbicolare, si rilassa progressivamente per effetto del movimento e dell'invecchiamento, dando luogo ad un eccesso cutaneo, che riguarda con maggior frequenza e rilevanza la palpebra superiore, con la formazione di pieghe che alterano il regolare contorno dell'occhio. Alcune volte il rilassamento cutaneo-muscolare nella palpebra superiore può essere così spiccato da limitare la porzione supero-laterale del campo

visivo. Scopo principale dell'intervento di blefaroplastica superiore è proprio quello di rimuovere tal eccesso di cute. I problemi della palpebra superiore sono frequentemente associati a una ptosi del sopracciglio, in alcuni casi responsabile prevalente della ridondanza di pelle palpebrale.

Anche nelle palpebre inferiori possono comparire fini pieghe e rughe più o meno profonde, abbinata ad eccesso cutaneo. Parallelamente si possono formare rughe radiali periorbitarie e borse adipose, talvolta estremamente voluminose, che è possibile rimuovere con approccio transcutaneo o transconiuntivale.

A seconda delle indicazioni cliniche e dei desideri del paziente è possibile fare solo la blefaroplastica superiore, solo l'inferiore o effettuarle ambedue, nello stesso tempo o separatamente. In caso di concomitante ptosi del sopracciglio, è opportuno consigliare al paziente di farlo sollevare, in modo da ristabilirne la posizione corretta, così che si possa eliminare esclusivamente la reale dermatocalasi palpebrale.

Durante le prime 24-48 ore è consigliabile suggerire al soggetto operato di mantenere ghiaccio o garze imbevute in un infuso di camomilla tiepida o fredda sulle palpebre per mezz'ora, ad intervalli di circa trenta minuti, con l'eccezione dei periodi di sonno. Un collirio antibiotico-steroidico può essere istillato negli occhi 3-4 volte al

giorno e una pomata antibiotica applicata durante la notte per i primi 5 giorni, se ritenuto opportuno. In seguito questi farmaci possono essere sostituiti da colliri e pomate lubrificanti.

Occorre sottolineare che non è possibile eliminare completamente tutte le rughe o le pieghe della cute intorno agli occhi sia nell'area periorbitaria, che nelle stesse palpebre dove, al contrario, specie nell'inferiore, dopo l'intervento certe irregolarità cutanee possono talvolta persino leggermente accentuarsi. Ciononostante, allo scopo di ridurre al minimo il rischio di incorrere in complicazioni, il paziente dovrebbe comunque astenersi dall'insistere per una rimozione di una quantità eccessiva di pelle, pena l'abbassamento post-operatorio più o meno marcato del margine palpebrale.

Le occhiaie da iperpigmentazione cutanea non possono essere eliminate con una blefaroplastica, anzi, anch'esse potrebbero accentuarsi nell'immediato periodo dopo l'intervento, soprattutto se il paziente si espone al sole nei primi 2-3 mesi, quando nella pelle sussistono residui di ecchimosi.

La durata del risultato ottenuto varia da individuo a individuo. In buona parte dei casi le borse adipose non recidivano, ma con il passare del tempo la cute tende a divenire di nuovo lassa e ridondante in entrambe le palpebre a causa del fisiologico processo di invecchiamento tissutale. In un intervallo variabile fra i 5 e i 10 anni dall'intervento potrebbe quindi essere necessaria un'ulteriore rimozione di quella cute nuovamente in eccesso.

A causa dell'edema e dei lividi che compaiono nella maggior parte dei casi dopo l'intervento, è necessario suggerire al paziente di limitare i rapporti sociali per un periodo post-operatorio di almeno 10-15 giorni.

Per i primi 3-4 mesi dopo l'intervento è opportuno non esporsi al sole senza adeguata protezione. E' altresì consigliabile evitare l'attività sportiva e gli sforzi fisici almeno per il primo mese. Si può invece utilizzare un make-up per camuffare i lividi residui in genere già dopo una settimana.

2. Esami pre-operatori

Per eseguire la blefaroplastica è richiesto un check-up ematologico, completo di quadro emostatico-coagulativo. Gli esami necessari sono: glicemia, emocromo con formula, PT, PTT, ECG. Se vi è il dubbio di patologie oculari (glaucoma, occhio secco, ecc.) è consigliabile una visita oculistica. Se si opta per una narcosi è necessario ampliare adeguatamente la rosa degli esami.

L'intervento deve essere effettuato in una struttura autorizzata ed adeguatamente attrezzata. Il paziente deve essere monitorizzato nel corso dell'intera operazione, registrando perlomeno l'elettrocardiogramma, la frequenza cardiaca, la pressione arteriosa e la saturazione dell'ossigeno ematico.

3. Tipo di anestesia e conseguenti modalità di ricovero

L'operazione può essere eseguita sia in anestesia locale con o senza sedazione, che in anestesia generale. Il tipo di anestesia prescelto dipenderà dalla richiesta del paziente e dal giudizio del medico. Nel caso si desideri abbinare la blefaroplastica ad altri interventi, solitamente conviene ricorrere all'anestesia generale. Se l'intervento è praticato in anestesia locale con o senza sedazione, non è previsto un vero e proprio ricovero prolungato, ma solo un periodo di osservazione post-operatoria per poche ore. Qualora, invece, l'intervento sia eseguito in anestesia generale, si deve prevedere un ricovero protratto del paziente fino alla sera o al mattino successivo, specie se vengono eseguite contemporaneamente altre operazioni.

4. Profilassi antibiotica e profilassi antitrombotica

La somministrazione preoperatoria di antibiotico ad ampio spettro prima dell'incisione cutanea può considerarsi consigliabile ma non strettamente necessaria per questo genere d'interventi. Non è richiesta alcuna profilassi antitrombotica, salvo casi eccezio-

nali, nei quali particolari patologie concomitanti la rendano necessaria, oppure quando la blefaroplastica sia eseguita in associazione ad altri interventi che la richiedono.

5. Indicazioni cliniche

Eccesso di cute e protrusione di accumuli di grasso nelle palpebre. La blefaroplastica ha tipicamente un'indicazione di carattere estetico. Solo in una minoranza di casi viene effettuata per correggere una riduzione del campo visivo da grave dermatocalasi o una sofferenza cherato-congiuntivale da ipotono palpebrale.

6. Controindicazioni cliniche

E' preferibile evitare di eseguire una blefaroplastica estetica in pazienti con alterazioni della coagulazione, ipertensione grave o in condizioni generali precarie. Se è presente una grave lassità della palpebra inferiore può essere opportuno correggerla durante l'intervento. Viceversa è preferibile astenersi. Nel caso si noti un'importante ptosi del sopracciglio e il paziente ne rifiuti la correzione, conviene evitare di eseguire la blefaroplastica superiore perché il risultato sarebbe scadente. Stesse considerazioni per la ptosi palpebrale. L'intervento di blefaroplastica ha scarsa indicazione per la correzione delle rughe para-orbitarie (zampe di gallina) e non è in grado di correggere le occhiaie da iperpigmentazione cutanea. In caso di concomitanti patologie oftalmiche è opportuno ricorrere a una specifica valutazione specialistica.

7. Alternative terapeutiche

a) blefaroplastica superiore: in caso di ptosi del sopracciglio conviene ricorrere a un sollevamento di quest'ultimo (lifting diretto o temporale) da abbinare a un intervento di blefaroplastica, che in tal caso avrebbe lo scopo di eliminare l'eccesso cutaneo della palpebra, se ancora ce ne fosse.

b) blefaroplastica inferiore: in caso si debba trattare solo un lieve eccesso cutaneo oppure se le borse adipose sono state rimosse per via transcongiuntivale, ci si può limitare ad asportare, se davvero necessario, una striscia di pelle sottociliare senza alcuno scollamento, ricorrendo alla resezione previo pinzamento (pinch technique), oppure si può eseguire una dermoabrasione col laser CO₂ o con un caustico chimico allo scopo di ottenere una nuova pelle più liscia e compatta.

8. Esiti cicatriziali standard

a) palpebra superiore: normalmente la classica cicatrice della blefaroplastica superiore si estende da un punto posto 5-8 mm sopra al canto mediale sino a tutta l'area laterale dove è presente tessuto molle in eccesso. La porzione esterna della cicatrice di solito è lievemente incurvata verso l'alto, con variazioni legate alle preferenze e alle esperienze del chirurgo. Dopo il leggero eritema dei primi mesi, in genere le cicatrici nelle palpebre superiori sono scarsamente visibili poiché restano nascoste nel solco palpebrale per gran parte della loro lunghezza. Quando si deve eseguire la correzione di un eccesso cutaneo che si estende molto lateralmente, la cicatrice è ovviamente meno nascosta e inizialmente più evidente.

b) palpebra inferiore: la cicatrice cutanea scorre di solito a circa 2 mm dal bordo ciliare e si estende obliquamente verso il basso per 7-10 mm a lato del canto esterno. In caso di blefaroplastica transcongiuntivale non residua alcuna cicatrice cutanea.

9. Prima medicazione e rimozione punti

La rimozione della medicazione e dei fili di sutura della blefaroplastica avviene di solito dopo 4/8 giorni. Se invece la sutura è stata eseguita a punti staccati esterni, è consigliabile che venga tolta dopo soli 3-5 giorni per evitare epitelializzazioni dei tramiti e microcisti sebacee/comedoni. Si può aspettare qualche giorno in più in caso di sutura intra-

dermica. In genere la rimozione delle suture coincide anche con la prima medicazione poiché raramente è necessario visitare prima il paziente. Va da sé che un medico deve comunque essere sempre disponibile nel periodo post-operatorio per seguire il paziente, cui deve essere lasciato il suo recapito telefonico. Talvolta capita di dover sostituire i cerotti adesivi applicati al termine dell'intervento perché si sono staccati precocemente a causa di un lieve gemizio ematico. In tal caso è particolarmente importante visitare il paziente anche per verificare che non si siano formate raccolte di sangue (ematomi) nella palpebra, che, se presenti, devono assolutamente essere evacuati.

10. Gestione delle complicanze precoci e/o tardive

a) Sanguinamento. Ecchimosi ed edema, anche di discreta intensità, sono da considerarsi normali dopo l'intervento. E' però importante interrompere almeno due settimane prima della blefaroplastica qualsiasi trattamento con acido acetilsalicilico o altri FANS, così come tenere sotto controllo un'eventuale ipertensione allo scopo di evitare la formazione di ematomi. In caso si raccogliesse comunque un vero e proprio ematoma, è necessario riaprire immediatamente la ferita per drenarlo e cercare eventuali gemizzi da coagulare. Un ematoma non trattato adeguatamente potrebbe portare ad aderenze e retrazioni cicatriziali, che a loro volta potrebbero causare scleral show ed ectropion. In presenza del rarissimo ematoma con tendenza alla diffusione retrobulbare, facilmente diagnosticabile per i sintomi tipici (proptosi, dolore, importante edema con vaste ecchimosi e graduale perdita della capacità visiva) è importante eseguire la manovra di cui sopra e, se non risultasse adeguata a risolvere il problema, praticare subito anche una cantotomia con cantolisi, in modo da facilitare il drenaggio dello spazio intraorbitario e ridurre così la pressione intraoculare per prevenire danni al nervo ottico. Poi è fondamentale individuare la fonte dell'emorragia e coagulare il vaso responsabile. Una volta

controllata l'emorragia, la cantoraffia può essere posposta per sicurezza di alcuni giorni. L'uso di Mannitolo o di altri farmaci per ridurre la pressione intraoculare (acetazolamide, steroidi e betabloccanti topici) è invece attualmente posto in discussione. Un ematoma retrobulbare non trattato adeguatamente potrebbe portare alla perdita del visus.

b) Infezioni. Sono estremamente rare. Per prevenirle si può considerare anche una profilassi per-operatoria, da proseguire anche a domicilio per os, al minimo dubbio. Molti chirurghi esperti sconsigliano però l'uso sistematico di qualsiasi profilassi antibiotica, puntando piuttosto su una perfetta sterilità e sull'ottima irrorazione del distretto. Se si arrivasse comunque davvero a diagnosticare l'insorgenza di un'infezione, sarebbe opportuno instaurare immediatamente una terapia antibiotica endovenosa specifica, preceduta quindi da tampone e antibiogramma, meglio se in ambiente ospedaliero.

c) Dislocazione caudale del bordo della palpebra inferiore. Può essere causata da ipotonio palpebrale non trattato, da retrazione/aderenza cicatriziale, da eccessiva rimozione cutanea, da parziale denervazione dell'orbicolare o da vettore negativo non corretto. Nei casi più lievi la situazione tende a migliorare col regredire dell'edema e con il trascorrere del tempo, ma spesso sono necessari accorgimenti volti a evitare flogosi da secchezza congiuntivale, facendo uso di colliri e pomate oftalmiche, chiudendo l'occhio con cerotti posti in opportuna trazione durante la notte e consigliando massaggi della zona palpebrale inferiore ed esercizi di ginnastica isometrica per il muscolo orbicolare. Il perdurare del problema oltre qualche mese può rendere opportuno un intervento correttivo, previa precisa diagnosi della sua causa.

d) Abrasioni corneali. E' indispensabile proteggere la cornea durante l'intervento. Occorre fare attenzione a garze e strumenti chirurgici. Per curare un'abrasione corneale è necessario far uso di specifiche pomate oftalmiche mantenendo l'occhio in occlusione.

e) Milia. Lungo le cicatrici o nelle zone limitrofe possono formarsi comedoni o microcisti. Spesso tendono a guarire spontaneamente. Viceversa si possono far fuorriu-

scire in superficie con un ago o una piccola incisione.

f) Ptosi. E' molto importante mettere sempre ben in evidenza al paziente la presenza di una vera ptosi prima dell'intervento. In tal caso è opportuno correggerla durante la blefaroplastica superiore. Occorre fare altresì molta attenzione a non danneggiare il muscolo elevatore o la sua aponeurosi nel corso dell'intervento. La maggior parte delle ptosi che si notano i primi giorni dopo l'intervento sono però fortunatamente correlate all'edema post-operatorio e infatti si risolvono con il suo riassorbimento.

g) Lagoftalmo. Il lagoftalmo è spesso dovuto alla rimozione di una quantità eccessiva di cute. Si potrebbe tentare una terapia conservativa, cercando di liberare le aderenze profonde con iniezioni di steroidi molto diluiti e di "allungare" la cute residua con massaggi e trazioni. Se non si ottenesse l'effetto desiderato, si dovrebbe però provvedere a riparare il difetto con opportuni innesti o lembi.

h) Diplopia e strabismo. Nelle prime ore dopo l'intervento si manifesta con discreta frequenza questo fenomeno che, essendo connesso con l'anestesia locale, scompare spontaneamente in brevissimo tempo. D'altra parte invece, manovre improvvise potrebbero condurre a un vero danno di un muscolo oculare estrinseco, che porterebbe all'insorgenza stabile di questa antipatica situazione. In tal caso occorrerebbe ricorrere alle cure di un oculista esperto in questo tipo di patologia che, in collaborazione con l'optometrista, potrebbe procedere alla riparazione del muscolo danneggiato.

i) Insufficiente o eccessiva asportazione di grasso. In caso di rimozione insufficiente non si può far altro che riportare in sala operatoria il paziente e completare l'asportazione del grasso protrudente residuo. In caso di asportazione eccessiva, occorre provvedere con un innesto di grasso sotto all'orbicolare.

l) Insufficiente o eccessiva asportazione di pelle. Nel primo caso revisione chirurgica, con ulteriore rimozione cutanea. Nel secondo caso innesto di pelle o lembi. Abbiamo già accennato che, per quanto riguarda la palpebra inferiore, è molto importante fare dapprima una precisa diagnosi della causa all'origine dell'apparente carenza cutanea, che sembra provocare lo scleral show e risolvere il problema con una terapia appropriata.

m) Chemosi congiuntivale. E' un disturbo non infrequente, specie quando alla classica blefaroplastica si abbina una cantopessi o un lifting medio-facciale, che causano quindi un trauma più importante ai tessuti oculari, con conseguente edema e difficoltà nel drenaggio linfatico congiuntivale. La chemosi (edema della congiuntiva) tende a guarire spontaneamente, ma la sua scomparsa può essere facilitata dall'applicazione di colliri antiinfiammatori e steroidei, nonché da una fisioterapia mirata. Per evitare che si instauri un circolo vizioso è importante mantenere al suo posto la palpebra, spesso dislocata caudalmente dalla stessa chemosi, ricorrendo all'applicazione di cerotti, che di notte possono anche essere usati per mantenere l'occhio ben chiuso. In alcuni casi conviene applicare a scopo preventivo suture di Frost (tarsoraf-fia) al termine dell'intervento.

La ritidectomia cervico-facciale (Lifting del volto e del collo)

1. Definizione del tipo di intervento chirurgico

Il lifting cervico-facciale è un intervento chirurgico che ha come finalità il miglioramento dell'aspetto del volto e del collo, ottenuto mediante il riposizionamento della cute e dei tessuti molli degli strati profondi che, per gravità e senescenza, inevitabilmente vanno incontro a rilassamento. Nell'ambito del medesimo intervento si può cercare anche di correggere e ripristinare il volume di certe aree, modificato dall'invecchiamento.

Può essere eseguito in 4 distretti anatomici: cervicale, facciale, temporale e frontale.

Di norma si associa la correzione di più distretti al fine di raggiungere un risultato armonico.

Una delle finalità di questo intervento è l'asportazione della cute in eccesso che viene comunemente, anche se non necessariamente, associata al trattamento della "caduta" dei tessuti profondi. La tecnica tradizionale prevede un'incisione nel capillizio o davanti allo stesso, che continua nella regione preauricolare, contorna il lobo e spesso prosegue nel solco retroauricolare, per poi terminare nel cuoio capelluto o davanti allo stesso in regione nucale. A tale incisione se ne associa spesso un'altra nella zona sottomentoniera per la correzione degli inestetismi della parte anteriore del collo. L'incisione è seguita da scollamento e riposizione dei tessuti molli.

Accanto a questa tecnica ne esistono altre, meno invasive, con cicatrici più ridotte in relazione allo stato di invecchiamento del volto ed alle esigenze di ogni paziente.

Il grado di miglioramento ottenibile varia da soggetto a soggetto ed è influenzato dalla tecnica chirurgica prescelta, dalle condizioni generali del paziente, dalle caratteristiche fisiche della cute, dalle strutture ossee sottostanti e da altri fattori locali e generali.

Qualora vi sia indicazione, è possibile associare altre procedure negli stessi distretti:

— lipectomia del collo (per rimuovere il grasso in eccesso)

— platismoplastica, per migliorare briglie muscolari verticali del collo e donare all'area cervicale un aspetto più gradevole

— inclusione di protesi zigomatiche, indicate nei casi di ipoplasia malare dura e molle

— inclusione di protesi mandibolari per correggere eventuale dismorfie del mento e della mandibola

— innesti di grasso per migliorare eventuali fenomeni di deflazione adiposa.

— dermoabrasione chimica o trattamenti laser per migliorare le condizioni superficiali dello strato dermo-epidermico (rughe, discromie, cheratosi e altre alterazioni da invecchiamento cutaneo).

La durata media dell'intervento è di circa 3-5 ore, variabile secondo le procedure associate e altri fattori diversi da caso a caso. Non è infrequente che una procedura semplice possa essere eseguita in tempi più rapidi e una complessa, in special modo se associata ad altre manovre chirurgiche, abbia una durata molto superiore.

2. Esami pre-operatori

Per gli interventi effettuati in anestesia locale con o senza sedazione, sono indispensabili i consueti esami pre-operatori di tipo emato-chimico (emocromo completo, PT, PTT, glicemia, azotemia), abbinati a valutazione elettrocardiografica. Nel caso si ricorra ad anestesia generale, è opportuno eseguire anche una radiografia del torace se il paziente fuma o ha più di 40 anni. Qualunque dubbio clinico deve essere chiarito mediante l'approfondimento delle ricerche specifiche.

3. Tipo di anestesia e conseguenti modalità di ricovero

Per eseguire questo intervento si può ricorrere ad anestesia locale, spesso però associata a sedazione oppure ad anestesia generale. Attualmente le tecniche anestesio-logiche sono tese a conciliare una buona analgesia intraoperatoria con una rapida e completa ripresa funzionale post-operatoria, cercando contemporaneamente di limitare PONV e altri disturbi. L'anestesia dovrà essere confezionata "su misura" in funzione del tipo di paziente, della complessità della procedura e dei tempi chirurgici stimati.

In tutti gli interventi impegnativi come questo è indispensabile la presenza dell'anestesista e la continua monitoraggio intraoperatoria della funzione cardiorespiratoria e pressoria.

Dopo l'intervento è consigliabile tenere il paziente sotto osservazione per un periodo adeguato di tempo, allo scopo di controllarne lo stato locale e le condizioni generali.

4. Profilassi antibiotica e profilassi antitrombotica

La profilassi antibiotica è consigliabile anche se non indispensabile, tranne che nei casi in cui è d'obbligo per concomitanti patologie (diabete, prollasso mitralico, etc.). La profilassi antitrombotica non viene eseguita normalmente (tranne in casi specifici in cui se ne presenti l'indicazione) in considerazione delle caratteristiche di tale intervento e del rischio di problematiche coagulative che, nella fattispecie, potrebbero creare conseguenze importanti.

5. Indicazioni cliniche

Le indicazioni a tale intervento sono costituite dall'invecchiamento del volto e del collo. Pertanto, più che per l'età anagrafica, la decisione viene presa sulla base dell'esigenza individuale di ogni paziente che presenti fenomeni quali lassità e ptosi

dei tessuti del volto e/o del collo, fenomeni deflattivi e ritidosi dei distretti cervicali e facciali. Come avviene frequentemente in chirurgia estetica, l'indicazione viene posta anche sulla base delle esigenze psicologiche e delle esplicite richieste del paziente. Ovviamente prima di assentire all'intervento, il chirurgo dovrà valutare, nel rispetto di scienza e coscienza, la validità delle richieste e le reali possibilità di ottenere un risultato adeguato.

L'intervento comprende spesso il trattamento di varie regioni del volto al fine di ottenere un miglioramento globale e un risultato più naturale. Ovviamente, maggiore è l'area sottoposta a trauma chirurgico, più importante sarà la sintomatologia postoperatoria e il rischio di complicanze relative.

6. Controindicazioni cliniche

La controindicazione più comune a tale intervento è costituita dall'eccesso di aspettative del paziente, che devono pertanto essere accuratamente esaminate e valutate. Il chirurgo dovrà esporre realisticamente i lati positivi, i limiti e le complicanze più comuni dell'intervento e aiutare il paziente a prendere la decisione più opportuna in relazione ad ogni situazione individuale. Ovvie controindicazioni sono costituite da importanti patologie dei sistemi cardio-circolatorio, respiratorio, immunitario, coagulativo, etc. Il fumo e le patologie del microcircolo sono fra le condizioni più comuni che, pur non costituendo una controindicazione assoluta, aumentano il rischio e diminuiscono la possibilità di ottenere buoni risultati.

7. Alternative terapeutiche

Non ci sono alternative terapeutiche ad una ritidoplastica cervico-facciale quando l'indicazione è corretta. Innesti di grasso e infiltrazioni di dermal filler e tossina botulinica possono migliorare l'aspetto del viso, ma hanno scarsissimo effetto sul rilassamento dei tessuti, in particolare a livello della regione mandibolare e del collo.

8. Esiti cicatriziali standard

Normalmente le cicatrici di questo intervento non sono evidenti, tranne nei casi in cui il paziente sia portatore di patologie della cicatrizzazione. Eventuali inestetismi cicatriziali possono essere esiti di fenomeni di disepitelizzazione, frequenti in special modo nell'area retroauricolare o di problemi di vascolarizzazione, come necrosi cutanee localizzate (non infrequenti) o diffuse (molto rare). Accanto agli esiti cicatriziali veri e propri possono residuare talvolta fenomeni circoscritti di iperpigmentazione, causati spesso dalla fissazione intradermica di melanina e emosiderina, possibile conseguenza di una precoce esposizione al sole. E' importante che il paziente eviti accuratamente tale rischio, che non è causato soltanto dall'uso di lampade UV o dalla permanenza in spiagge assolate, ma che può essere anche provocato da una banale passeggiata in aree soleggiate senza creme ad alto potere protettivo (schermo totale).

9. Prima medicazione e rimozione punti

La prima medicazione è effettuata in genere in seconda o terza giornata. In questa occasione vengono asportati i drenaggi, se utilizzati. I primi punti di sutura sono in genere rimossi dopo 5-7 giorni (per le suture davanti all'orecchio). Nei giorni successivi sono rimossi i punti della regione retroauricolare e temporale con una cadenza che varia da caso a caso.

10. Gestione delle principali e più frequenti complicazioni post-operatorie

a) Ematoma. Può verificarsi a breve distanza temporale dall'intervento chirurgico a causa di un distacco accidentale di un coagulo, in seguito alla rimozione del drenaggio aspirativo o per un aumento improvviso della pressione arteriosa; l'occorrenza tardiva (3- 15 giorni dopo l'intervento) di

un ematoma è molto rara, ma è stata riportata in letteratura. Utile quindi monitorare la pressione arteriosa e prevenire con anticipo rialzi pressori nelle 24-48 ore successive all'intervento, specie nei pazienti ipertesi. Un ematoma di dimensioni limitate può essere aspirato o spremuto all'esterno direttamente al letto del paziente; qualora si tratti di una raccolta importante, è necessario invece riportare il paziente in sala operatoria e rimuovere le suture per procedere ad un'accurata emostasi e all'eliminazione dei coaguli.

b) Necrosi. Necrosi circoscritte non sono infrequenti e avvengono spesso a carico dell'area retroauricolare; necrosi di grandi dimensioni possono essere connesse con patologie non segnalate dal paziente o di non pronta diagnosi (deficienze di fattori coagulativi, patologie del piccolo circolo, ecc.), nonché con il tabagismo.

c) Lesioni nervose. Le interruzioni di rami sensitivi minori e la conseguente anestesia periauricolare sono una conseguenza naturale dello scollamento sottocutaneo. Diverso è il caso di una lesione del nervo grande auricolare, peraltro non rarissima; anche in tali circostanze spesso il paziente riferisce solo una fastidiosa anestesia dell'area periauricolare caudale. Talvolta si forma però un doloroso neurinoma, che potrebbe essere necessario asportare. Ben più gravi ed eclatanti sono invece le lesioni nervose motorie a carico di rami del facciale perché possono rendere molto difficoltosa la ripresa della vita di relazione. Nella maggior parte dei casi si tratta fortunatamente di paresi transitorie, dovute a stiramento di rami nervosi motori, mentre molto rare sono le lesioni definitive, a carico generalmente del ramo temporo-frontale (con difficoltà, ad es., a sollevare un sopracciglio) e del marginale della mandibola (che si manifestano, ad es., con un sorriso asimmetrico).

d) Alopecia. Si può verificare nella regione retroauricolare e in quella temporale come possibile conseguenza dello scollamento e della trazione della cute o di un'emostasi eccessiva in prossimità dei bulbi piliferi. E' importante esaminare in fase preoperatoria la sottigliezza, la densità e in generale lo

stato di salute dei capelli. Negli individui che presentano evidente "debolezza" dei bulbi piliferi, tale complicanza potrebbe essere prevedibile ed evitabile posizionando le incisioni in maniera appropriata.

e) Cicatrici patologiche. Cicatrici ipertrofiche o diastasate possono talvolta essere presenti e corrette in un secondo tempo. Cheloidi propriamente detti, sono molto più rari e sono da relazionarsi ad una vera patologia della cicatrizzazione più frequente nei pazienti di pelle scura.

f) Infezioni. Microinfezioni, in special modo intorno a materiali di sutura, sono frequenti, ma guariscono di solito spontaneamente, senza esiti importanti. Infezioni estese sono molto rare. Si possono manifestare alcuni giorni dopo l'intervento, specie in pazienti immunologicamente depressi (che non dovrebbero essere sottoposti ad interventi di chirurgia estetica) e sono generalmente provocate dai germi più comuni (Stafilococco Aureo, Pseudomonas, etc).

Una profilassi antibiotica post-operatoria protratta per alcuni giorni, anche se non indispensabile, può essere utile per evitare tali complicanze in casi specifici.

g) Discromie. Possono verificarsi a seguito di ematomi o soffiusioni ematiche con conseguente deposito di emosiderina nella cute. Talvolta nelle aree sottoposte a dissezione sottocutanea residuano teleangectasie, specie in pazienti predisposti a tale patologia estetica. Ben più gravi e spesso permanenti sono le ipocromie o le acromie, di solito esiti di sofferenze cutanee o di necrosi vere e proprie.

h) Fistole parotidiche e sottomandibolari. Sono provocate da lesioni a carico della parotide o addirittura del dotto di Stenone, conseguenze di solito di un errato piano di scollamento. Rare in un intervento primario, sono relativamente più frequenti nei casi secondari, in cui l'anatomia può essere sovvertita dalle precedenti manovre chirurgiche.

La rinoplastica

1. Breve definizione del tipo di intervento chirurgico

La rinoplastica è l'intervento chirurgico che agisce sulle strutture osteo-cartilaginee del naso rimuovendo o aggiungendo tessuto per modificarne la forma.

La finalità della rinoplastica è quella di migliorare l'aspetto e le proporzioni del naso, inserendolo con armonia nel viso. Inoltre può porre rimedio ad alterazioni anatomiche causate da traumi o precedenti procedure chirurgiche.

La rinoplastica può contemporaneamente correggere difficoltà respiratorie, se presenti, causate da anomalie strutturali od ostruttive del setto nasale e dei turbinati: si parla in questo caso più propriamente di rinoplastica.

Il cambiamento chirurgico della forma del naso è praticato agendo sulla parte ossea e sulla parte cartilaginea, che costituiscono l'impalcatura della piramide nasale e che ne determinano aspetto e dimensioni.

Una punta grossa con cute spessa e grassa, anche se ridotta, in genere rimane sempre un po' bulbosa, perché quel tipo di pelle mantiene la memoria della forma precedente e non si adegua totalmente alla struttura cartilaginea modificata. Di tale fattore il chirurgo deve tener conto prima e durante l'intervento, perché non è sempre possibile modificare totalmente e a piacimento la forma delle strutture nasali.

L'intervento può essere eseguito tutto per via interna, senza incisioni esterne. Alternativa è la così detta rinoplastica "open". Questa tecnica consiste nell'incidere trasversalmente la pelle della columella e sollevare il mantello cutaneo per visionare completamente le strutture osteo-cartilaginee ed apportare le necessarie modifiche sotto visione diretta. All'intervento fa seguito l'applicazione di un tampone in entrambe le narici, specie se sono stati trattati anche setto e/o turbinati.

E' sempre necessaria un'immobilizzazione esterna costituita da cerotto e dall'applicazione

di una doccetta rigida protettiva in materiale plastico termo-modellabile o in gesso.

2. Esami pre-operatori

Emato-chimici: glicemia, emocromo, PT, PTT. ECG in pazienti di età superiore ai 40 anni. RX torace in pazienti fumatori o affetti da patologie cardio-vascolari o polmonari. Eventuale TAC ossa e cavità nasali e paranasali con scansioni assiali e coronali in caso di patologie legate a una funzionalità respiratoria nasale compromessa; eventuale consulenza di uno specialista ORL.

E' sempre auspicabile una ricca documentazione fotografica con riprese in tutte le proiezioni.

3. Tipo di anestesia e conseguenti modalità di ricovero

L'intervento può essere eseguito in anestesia locale con sedazione e monitoraggio anestesiológico o in anestesia generale. L'anestesia generale offre forse maggior sicurezza grazie all'intubazione oro-tracheale (evita l'ingestione di liquidi nelle vie respiratorie) e mantiene il paziente assolutamente immobile e non reattivo ad eventuali stimoli provocati da manovre chirurgiche. Inoltre consente un'ipotensione controllata che può semplificare l'esecuzione dell'intervento e ridurre le sequele legate a sanguinamenti eccessivi, con minori edemi ed ecchimosi post-operatori.

Anche in caso di narcosi è consigliabile praticare un'accurata e mirata infiltrazione dei tessuti molli nasali, mediante soluzione fisiologica con anestetico locale e vasocostrittore. L'intervento deve essere effettuato in una struttura autorizzata ed adeguatamente attrezzata. La presenza dell'anestesista, anche per interventi limitati in anestesia

locale, è fondamentale. Il paziente deve essere monitorizzato nel corso dell'intera operazione, e per un periodo post-operatorio proporzionato alla durata e al tipo d'intervento. La rinoplastica può essere effettuata in regime di day surgery o con ricovero ordinario. Anche in tal caso normalmente un ricovero di 24 ore è più che adeguato.

4. Profilassi antibiotica e profilassi antitrombotica

La profilassi antibiotica è consigliabile. Conviene effettuare almeno una copertura per-operatoria, che eventualmente può essere proseguita con somministrazione orale per altri 5 giorni. La terapia antitrombotica normalmente non è necessaria.

5. Indicazioni cliniche

La rinoplastica permette di correggere deformità nasali di carattere estetico e/o disturbi funzionali della respirazione. Occorre valutare sempre con molta attenzione la possibilità di ottenere realmente le modifiche richieste dal paziente.

Normalmente si sconsiglia di intervenire prima dei 16 anni per le femmine e 18 per i maschi. Nei casi limite verificare lo stato della cartilagine di accrescimento.

E' importante verificare che le condizioni psicologiche del paziente siano ben equilibrate e che le sue aspettative siano specifiche e realistiche.

6. Controindicazioni cliniche

La controindicazione assoluta all'intervento si pone quando vi sia una situazione psicologica ancora non ben strutturata e quando sussistano da parte del paziente aspettative poco realistiche o vaghe di un miglioramento estetico, legate a prospettive di cambiamento della qualità della propria vita quotidiana. In casi dubbi è consigliata una valutazione con parere esplicito da parte di uno specialista in psichiatria o di uno psicologo.

7. Alternative terapeutiche

Non vi sono vere alternative all'intervento di rinoplastica. Difetti molto moderati possono essere resi meno visibili con infiltrazioni di piccole quantità di filler. Questi possono essere utili a riempire eventuali depressioni naturali o post-chirurgiche. Si utilizzano preferibilmente filler riassorbibili. Anche l'autotrapianto di grasso autologo può dare buoni risultati, specie in presenza di cicatrici cutanee e di pelle molto sottile.

8. Esiti cicatriziali standard

Le cicatrici della rinoplastica chiusa sono tutte situate in corrispondenza del setto membranoso e delle cartilagini alari. A seconda della tecnica usata sono localizzate lungo il margine interno delle narici (a seguito di incisione marginale) o più internamente (a seguito di incisione intra-cartilaginea o trans-cartilaginea). Tali cicatrici, data la loro sede, sono invisibili.

Nella rinoplastica "open" è presente una piccola cicatrice trasversale nella parte più stretta della columella, diritta, a scalino o a V, che poi prosegue internamente in una marginale.

Quando è necessario restringere l'ampiezza delle narici residua un'ulteriore cicatrice bilaterale di pochi mm alla base di impianto delle ali nasali.

9. Prima medicazione e rimozione punti

Il tamponamento è rimosso il giorno dopo l'intervento, in caso di sola rinoplastica, o dopo 3 -7 giorni se è stato eseguito anche un intervento sul setto nasale per correggerne una deviazione. Liberate le narici dal tamponamento il paziente inizierà l'applicazione di pomate o gel rinotrofici e l'esecuzione di lavaggi endonarinali (tipo e frequenza secondo prescrizione). La rimozione dell'incerottatura e contenzione rigida esterna avviene generalmente dopo 7 giorni, assieme all'asportazione di eventuali

punti, se non riassorbibili. Generalmente si pongono altri cerotti esterni ancora per qualche giorno oltre la prima settimana.

10. Gestione delle principali e più frequenti complicazioni postoperatorie

Il post-operatorio di una rinoplastica non è molto gravoso. Nei casi in cui s'intervenga anche sul setto nasale, nei giorni in cui è mantenuto il tamponamento il paziente deve sopportare il fastidio di non poter respirare con il naso. Il gonfiore è sempre presente, di solito raggiunge il massimo due giorni dopo l'intervento e la sua entità è differente da soggetto a soggetto. Si diffonde alle regioni palpebrali superiori e inferiori ed alle guance, dove compaiono quasi sempre anche ecchimosi. L'edema facciale normalmente si riduce parecchio nel giro di una settimana, mentre le ecchimosi (anche queste di entità e diffusione variabile) possono richiedere altri 8-10 giorni per riassorbirsi completamente.

Dopo un mese circa il naso appare sostanzialmente sgonfio anche se la punta richiede tempi più lunghi per il completo riassorbimento dell'edema e della fibrosi cicatriziale e per la ripresa della sua mobilità naturale con la mimica del volto. Bisogna informare il paziente che un risultato definitivo non si raggiunge prima di 6/12 mesi dopo l'intervento. Per le prime sei settimane non è opportuno utilizzare occhiali e per l'esposizione al sole senza adeguata protezione al volto dai raggi solari è bene attendere almeno 2 o 3 mesi. Occorre evitare gli sforzi fisici per il primo mese e l'attività sportiva con rischio di traumi per almeno due mesi.

a) Epistassi. Il sanguinamento è possibile subito dopo la rimozione dei tamponi nasali, ma possono eccezionalmente verificarsi emorragie anche dopo due settimane, soprattutto se si assumono farmaci antinfiammatori o anticoagulanti e se il paziente si espone a fonti di calore o fa uso di bevande alcoliche. Anche alcuni farmaci antidepressivi hanno un'azione negativa sul sanguinamento.

In caso di epistassi importante può essere

necessario un nuovo tamponamento nasale anteriore, raramente anche posteriore. In caso di recidiva va eseguita una rinoscopia e raramente potrebbe essere indicata una cauterizzazione sotto anestesia. In queste situazioni è bene eseguire un controllo dell'emocromo completo e del PT e PTT.

b) Ematomi. Piuttosto rari, sono facilitati dall'assunzione di farmaci antiaggreganti o anticoagulanti, che devono essere evitati nel periodo immediatamente successivo all'intervento. Se di dimensioni importanti, vanno drenati per evitare infezioni o "riassorbimento" delle cartilagini.

c) Ostruzione nasale. Di grado variabile, spesso è dovuta all'edema della mucosa. Frequente nelle prime 3-4 settimane postoperatorie, di solito si risolve spontaneamente. In caso contrario, quando l'ostruzione è legata, ad esempio, ad eccessiva rimozione di tessuto cartilagineo e/o mucoso a livello della valvola nasale o ad un indebolimento delle alari che provoca collasso delle pareti nasali, potrebbe essere necessaria una correzione a distanza.

d) Infezioni. Sono molto rare e possono essere risolte con drenaggio (in caso di raccolte) e terapia antibiotica, da adattare secondo il risultato dell'antibiogramma.

e) Perforazione settale. Si verifica in meno del 2% dei casi. Se di grado leggero altera la qualità della respirazione in modo trascurabile. Se importante potrebbe dare problemi di croste, sanguinamento, sibili respiratori o anche un collasso settale. In tal caso va corretta con una chiusura chirurgica spesso ottenuta con un innesto di fascia e di cartilagine e/o con un lembo di mucosa.

f) Cicatrici ipertrofiche e cheloidi. Rarissime e sostanzialmente indipendenti dall'intervento, sono legate soprattutto alla predisposizione di alcuni soggetti a formare cicatrici patologiche. Possono essere trattate con caute infiltrazioni di corticosteroidi intralesionali opportunamente dosati e diluiti.

A volte possono evidenziarsi casi di eccessiva deposizione di tessuto cicatriziale nella metà caudale del dorso e sulla punta (supratip cicatriziale); tale situazione, quando non risponde alla terapia infiltrativa con corticosteroidi, prevede la rimozione chirurgica dell'ec-

cesso cicatriziale e l'eventuale rivalutazione del sostegno cartilagineo tramite innesti.

A livello delle fratture si ha talora un callo osseo ipertrofico, solo palpabile o visibile sotto la cute, che regredisce in genere in qualche settimana; le fratture laterali, così come la gibbectomia talvolta lasciano irregolarità dovute ad una imperfetta esecuzione chirurgica, spesso fortunatamente non visibili, ma di cui il paziente potrebbe lamentarsi in quanto palpabili (da trattare con una piccola revisione chirurgica con raspe o col ricorso ai filler). La "caduta" o

verticalizzazione di un osso può dare un' apparenza di naso storto e richiede una correzione.

g) Recidiva. La recidiva della deviazione della piramide e del setto può imputarsi alla cosiddetta "memoria cartilaginea", che a distanza di qualche mese in alcuni casi può essere responsabile di una nuova deformazione della cartilagine settale. Quindi anche se l'intervento primario è stato eseguito correttamente, talvolta è necessario ritornare in sala operatoria per cercare di correggere una deviazione residua.

L'otoplastica

1. Breve definizione del tipo di intervento chirurgico

Per otoplastica s'intende l'intervento per la correzione di una o più delle molteplici malformazioni dell'orecchio esterno, definendone dimensioni, forma e posizione. Il difetto più comune è l'orecchio prominente o a sventola che forma un angolo eccessivamente ampio con il piano craniale retroauricolare; la conca, di solito troppo grande, determina un aumento della prominenza del padiglione rispetto alla mastoide e il rilievo dell'antelice può essere poco definito o assente.

Esistono numerose tecniche per modellare la cartilagine auricolare. Quelle usate più frequentemente si basano sull'utilizzo di:

- a) Punti di sutura
- b) Scarificazione
- c) Sezioni cartilaginee a tutto spessore
- d) Combinazione delle tecniche sopra descritte

2. Esami preoperatori

- Esami emato-chimici: emocromo, PT, PTT, glicemia
- ECG (non indispensabile nei pazienti giovani)

3. Tipo di anestesia e conseguenti modalità di ricovero

L'intervento è eseguito ambulatoriamente o in day-hospital.

Può essere eseguito in anestesia locale con o senza sedazione, ma sempre con monitoraggio delle funzioni vitali oppure in anestesia generale.

4. Profilassi antibiotica e profilassi antitrombotica

E' consigliabile una profilassi antibiotica adeguata.

Non è necessaria profilassi antitrombotica.

5. Indicazioni cliniche

Questo intervento viene praticato in ogni individuo adulto e sano in cui si riscontri obiettivamente un dismorfismo del padiglione auricolare. E' comunque possibile eseguire un'otoplastica sin dall'età infantile, quando il difetto sia tale da provocare turbe di carattere socio-psicologico.

6. Controindicazioni cliniche

Si escludono pazienti affetti da gravi forme patologiche locali o generali e coloro che soffrono di sindromi dismorfofobiche, che vengono inviati allo psichiatra.

7. Alternative terapeutiche

Non ci sono alternative all'intervento chirurgico. Se necessario si consiglia supporto psicologico.

8. Esiti cicatriziali standard

Le cicatrici sono quasi sempre in posizione retroauricolare, solo in rari casi nella faccia anteriore del padiglione. Generalmente sono lunghe circa 5 - 7 cm e sono collocate nel solco tra la conca ed il cranio.

9. Prima medicazione e rimozione punti

La medicazione postoperatoria modellante e lievemente compressiva può essere rimossa dopo 24-48 ore; la seconda medicazione dopo altri 4-5-gg (7gg. dall'intervento). Si può altresì lasciare direttamente in sede la prima medicazione per una settimana completa.

Le medicazioni sono effettuate per con-

trollare e detergere la ferita ed eventualmente rimuovere la sutura. Poi è opportuno chiedere al paziente di applicare, perlomeno durante la notte, una fascia contenitiva elastica da tenere per circa un mese. Si consiglia inoltre:

— Di astenersi da attività sportive per circa un mese

— Di non usare occhiali per circa un mese

— Di non esporsi a fonti di calore (sole, lampade solari, saune, ecc.) per almeno 15 giorni dopo l'intervento.

10. Gestione delle principali e più frequenti complicanze postoperatorie

a) Dolore. Di solito limitato al periodo post-operatorio immediato, può essere efficacemente controllato con analgesici.

b) Emorragia. Il paziente deve essere condotto immediatamente in sala operatoria per eventuale revisione dell'intervento, con opportuna emostasi e nuova sutura.

c) Condrite. In caso si manifestasse un'inflammatione/infezione della cartilagine è

indispensabile eseguire un antibiogramma, seguito da un'appropriata terapia antibiotica e infiammatoria per evitare deformazioni cicatriziali.

d) Asimmetrie. Per correggere eventuali obiettive asimmetrie residue è necessario un ulteriore intervento.

e) Recidive. Le recidive non sono frequenti, ma nel caso il difetto risultasse corretto in maniera inadeguata, sarebbe indispensabile eseguire un ulteriore intervento.

f) Intolleranza nei confronti del materiale di sutura. Le vere intolleranze sono rare. Più frequenti sono irritazioni da decubito poiché le suture interne sono collocate piuttosto in superficie. In tal caso si può tentare di sollecitare una corretta guarigione con ripetute medicazioni disinfettanti oppure si può procedere alla rimozione della sutura irritante.

g) Cicatrici ipertrofiche o cheloidee. Richiedono trattamenti locali quali infiltrazioni con steroidi, applicazione di medicazioni compressive, ecc. Nei casi più gravi si può tentare di rimuoverle, applicando poi immediatamente ogni mezzo per impedirne la recidiva.

La mastoplastica additiva

1. Breve definizione del tipo di intervento chirurgico

La mastoplastica additiva è l'operazione chirurgica che ha la finalità di ottenere un aumento volumetrico delle mammelle. E' eseguito mediante l'impianto di protesi; può essere monolaterale o bilaterale.

2. Esami preoperatori

Esami emato-chimici minimi: Emocromo, glicemia, PT, PTT, fibrinogeno ECG, Ecografia mammaria, Mammografia (consigliata oltre i 38-40 anni)

3. Tipo di anestesia e conseguenti modalità di ricovero

L'intervento può essere eseguito in:

- anestesia locale con assistenza anestesiológica,
- anestesia locale con sedazione profonda in regime di Day Surgery,
- anestesia generale in regime di Day Surgery o con ricovero protratto.

In ogni caso la dimissione della paziente potrà essere effettuata solo dopo osservazione postoperatoria adeguata al decorso clinico.

4. Profilassi antibiotica e profilassi antitrombotica

La profilassi antibiotica è obbligatoria. Indicati gli antibiotici ad ampio spettro. Essa può essere somministrata per via endovenosa prima dell'inizio dell'intervento, in modo da garantire la massima concentrazione ematica al momento della penetrazione chirurgica nei tessuti. Troveranno utilizzo gli antibiotici con ampia copertura per Gram+ e Gram-. La terapia antibiotica

deve essere prescritta anche per il periodo immediatamente successivo all'intervento, durante il quale può essere assunta per via orale.

La profilassi antitrombotica in genere non è necessaria, tranne che nei casi in cui la mastoplastica additiva sia associata ad altri interventi che la richiedano o in caso di allattamento prolungato. E' obbligatoria in pazienti che abbiano una storia di TVP.

5. Indicazioni cliniche

Secondo il D.L. 86/2012 è vietato eseguire interventi di mastoplastica additiva in pazienti minori di 18 anni. Sono esclusi dal divieto interventi su minorenni con gravi malformazioni mammarie congenite (es: mammella tuberosa o sindrome di Poland), purché certificate da un medico convenzionato o da una struttura sanitaria pubblica.

Le indicazioni chirurgiche a questo intervento sono: amastia, ipoplasia, ipotrofia mammaria secondaria, asimmetria, mammella tuberosa, ricostruzione mammaria dopo demolizione, Sindrome di Poland, ptosi ghiandolare e cutanea moderata.

L'accesso per l'impianto della protesi può essere effettuato:

- nel solco mammario: con un'incisione lunga circa 4-6 cm
- nell'areola: con un'incisione emi-periareolare o transareolare
- nel cavo ascellare: con un'incisione lineare o a "Z"

La scelta della via d'accesso è a discrezione del chirurgo, in base alla sua capacità tecnica ed esperienza, al tipo di protesi, al suo contenuto (più o meno coesivo) e alla sua conseguente deformabilità, nonché al desiderio della paziente. Ad esempio, nel caso in cui il diametro areolare non permetta una corretta introduzione dell'impianto, il medico, d'accordo con la paziente, può

scegliere la via d'accesso alternativa da lui ritenuta più conveniente.

Per il confezionamento della loggia che accoglierà la protesi potrebbe talvolta risultare utile l'utilizzo di strumentario endoscopico, specie in caso di accesso trans-ascellare.

La protesi può essere impiantata in una tasca retroghiandolare, in sede sottofasciale, o retromuscolare. Può essere allestita anche una "tasca mista" retroghiandolare nella porzione caudale e retromuscolare in quella cefalica, in proporzioni variabili (dual plane).

Generalmente si sceglie la sede dell'impianto in base allo spessore dei tessuti che lo copriranno una volta alloggiato. Si accetta l'adeguatezza dello spessore del tessuto di copertura del polo superiore e superomediale pizzicandolo con due dita o con un plicometro (pinch test).

Le protesi possono essere a superficie liscia, testurizzata o rivestite di poliuretano. Esse possono essere di forma rotonda, anatomica o conica e avere proiezioni e altezze differenti. Il contenuto della protesi può essere gel di silicone o soluzione fisiologica (attualmente usata assai di rado). Per meglio apprezzare il volume e la forma che si vuole conferire alla mammella, risultano utili "sizer" o espansori, di forma e volumi differenti. Il sizer è rimosso prima dell'introduzione della protesi definitiva. Qualora le condizioni anatomiche preoperatorie lo richiedano, possono essere impiantate nella stessa paziente protesi mammarie con volumi e forme differenti.

6. Controindicazioni cliniche

Rappresentano controindicazioni da valutare caso per caso le malattie sistemiche e autoimmuni, stati di gravidanza e allattamento, sclerodermia, infezioni o patologie gravi in atto, ptosi mammarie di media o grave entità, patologie che interferiscono con la coagulazione (coagulopatie), connettiviti, patologie evolutive della mammella e turbe psichiatriche quali la dismorfofobia.

7. Alternative terapeutiche

"Lipofilling" della regione mammaria, eseguito mediante prelievo, trattamento e infiltrazione di tessuto adiposo autologo.

8. Esiti cicatriziali standard

Le cicatrici possono essere localizzate nel solco mammario (o leggermente più in alto), nell'areola (peri/trans-areolari) o nell'ascella. Le pazienti vanno informate della loro posizione, della loro estensione e della loro possibile evoluzione. Inoltre dovranno essere consapevoli, prima di sottoporsi all'intervento, che le cicatrici sono permanenti e che la loro qualità dipende dalla capacità rigenerativa della pelle di ogni singolo individuo, oltre che dalle attenzioni che verranno poste nei primi mesi dopo l'intervento (movimenti, esposizione al sole, ecc.).

9. Prima medicazione e rimozione punti

La paziente è medicata in sala operatoria al termine dell'intervento. La medicazione è occlusiva sia per il sito di accesso che per l'eventuale drenaggio. Consigliata la medicazione elasto-compressiva e l'utilizzo di un reggisenso contenitivo. L'utilizzo dei drenaggi in aspirazione è a discrezione del chirurgo, che valuta durante l'intervento la capacità di coagulare della paziente e il possibile rischio di sanguinamento post-operatorio. Il drenaggio viene fissato secondo le metodiche comuni (di solito con una sutura) per impedire che fuoriesca dalla sua sede. La sua rimozione è valutata dal medico in base all'eventuale residua presenza di siero o sangue.

Generalmente il primo controllo post-chirurgico viene eseguito il giorno successivo all'intervento. In questa circostanza di solito si sostituisce la medicazione e possono essere rimossi i drenaggi, che talvolta sono invece lasciati in sede per alcuni giorni. Successive medicazioni possono essere

eseguite a 5-7 giorni dall'intervento o in qualsiasi altro periodo della convalescenza, qualora sia necessario. E' indicato l'utilizzo di un reggiseno elastico contenitivo o di altro tipo, secondo prescrizione medica, anche per diversi mesi dopo l'intervento.

10. Gestione delle principali e più frequenti complicanze postoperatorie

a) Sieroma. E' caratterizzato da una raccolta di siero nella loggia che contiene la protesi. In presenza di sieromi abbondanti, che non abbiano la tendenza a riassorbirsi e risolversi spontaneamente, si dovrà procedere all'evacuazione del liquido, in maniera asettica mediante una cannula o altro strumento a punta smussa evitando di danneggiare la protesi. Quest'ultimo potrà essere introdotto anche da un approccio diverso rispetto all'incisione chirurgica. Qualora si renda necessaria la riapertura dell'incisione di accesso, è preferibile che questa manovra sia effettuata in ambiente idoneo. Se il sieroma non dovesse risolversi, potrà essere preso in considerazione l'espanto della protesi e la sua eventuale sostituzione immediata o differita.

b) Ematoma. Se l'ematoma è alimentato e tende ad aumentare di dimensioni, è sempre indispensabile ricorrere alla sua evacuazione chirurgica, reperendo e coagulando contemporaneamente il vaso sanguinante. Nei casi di un ematoma non immediatamente riconoscibile, perché di dimensioni contenute, o perché formatosi nel periodo di "non osservazione" (fra un controllo e l'altro), è possibile aspettare che si completi la sua colliquazione per procedere poi a un drenaggio a cielo chiuso o a un'aspirazione in ambiente adeguato. Ideale resta pur sempre la sua evacuazione a cielo aperto, con la possibilità di procedere ad una perfetta detersione della loggia.

c) Infezione. In caso si manifesti un'infezione, può essere necessario rimuovere la protesi, pulire e disinfettare adeguatamente la tasca con soluzione antibiotica a largo spettro ed eseguire una capsulectomia parziale o totale. Sono indispensabili

tamponi microbiologici, esami colturali e un antibiogramma. Occorre somministrare un'antibiotico-terapia mirata sulla base dell'antibiogramma.

Trascorso un tempo adeguato, tale che gli indici infiammatori siano rientrati nei valori di norma, e considerando sempre anche le pesanti implicazioni psicologiche della paziente, sofferente per una condizione d'ipo/amastia iatrogena, quando le condizioni cliniche lo permetteranno si potrà programmare l'intervento per impiantare una nuova protesi nella medesima loggia mammaria o in un'altra, dipendentemente dal caso. Occorre segnalare che nella letteratura internazionale sono sempre più frequenti report di salvataggio della protesi tramite irrigazione antibiotica e revisione della tasca, che in alcuni (rari) casi permettono una risoluzione completa del quadro clinico.

d) Esposizione della protesi. L'esposizione della protesi è una complicanza molto grave, dovuta generalmente alla necrosi dei tessuti sovrastanti, più frequente quando sono di spessore sottile e sottoposti a tensione. Quando una protesi risulta esposta viene postulata la contaminazione microbica dell'impianto e della tasca che lo contiene. Il comportamento da seguire è quindi quello riportato per i casi d'infezione.

e) Contrattura capsulare. La classificazione di Baker suddivide le contratture capsulari in quattro gradi. Il grado I° indica l'assenza di contrattura. Nel grado II° e III°, con contrattura lieve o media, potrebbe essere presa in considerazione la manovra di "squeezing" (schiacciamento bimanuale della protesi), grazie alla quale talvolta si riesce a rompere la capsula e ad ottenere un ammorbidimento della mammella. Si deve però sottolineare che le aziende produttrici di impianti mammari declinano qualsiasi responsabilità nel caso lo "squeezing" determini anche una rottura della protesi. In alternativa si può ricorrere ad una capsulotomia equatoriale e/o tangenziale, sebbene la capsulotomia totale sia oggi ritenuta più efficace. Se le protesi erano state inserite con approccio infra-mammario o peri/trans-areolare con-

viene rimuovere la precedente cicatrice e accedere alla tasca dalla medesima porta. Se la protesi era stata inserita per via ascellare conviene invece utilizzare per la capsulectomia un approccio più diretto. Negli impianti sottomuscolari lo scollamento della capsula dal piano costale può risultare piuttosto complicato e rischioso; in tal caso quindi la sua parete posteriore può essere lasciata in sede (capsulectomia subtotala). Se la protesi è collocata in una loggia sotto-ghiandolare conviene eseguire una capsulectomia totale ed inserire preferibilmente la nuova protesi nel piano retromuscolare.

f) Rotazione e rovesciamento dell'impianto. Per rotazione si intende un'alterazione del corretto posizionamento della protesi che si presenta con il suo meridiano centrale dislocato, senza capovolgimento antero-posteriore. La sua gravità può arrivare sino alla completa inversione dei due poli. La rotazione di una protesi anatomica comporta una distorsione della forma della mammella e deve essere quindi corretta. Viceversa la rotazione di una protesi tonda non determina alcun cambiamento nella forma della mammella. Una protesi anatomica ruotata talvolta può essere riposizionata stabilmente con una manovra manuale esterna (senza tornare in sala operatoria), ma spesso necessita di un aggiustamento chirurgico con stabilizzazione mediante capsulorrafie. Rotazioni recidive possono essere risolte creando una nuova tasca e/o sostituendo la protesi anatomica con una tonda.

Per rovesciamento si intende invece il completo capovolgimento delle protesi in senso antero-posteriore. Il rovesciamento determina un danno estetico e talvolta un indolenzimento sia con protesi tonde (meno evidente), che con protesi anatomiche. In tal caso la protesi può essere girata e riportata con la base correttamente posizionata sul pavimento toracico sia con una manovra manuale esterna, che con un approccio chirurgico. Qualora si ritenesse opportuno sostituire l'impianto anatomico con uno rotondo sarà necessario il riadeguamento della tasca se volume, ampiezza e forma della nuova protesi e della vecchia sono differenti (protesi anatomiche a base non rotonda).

g) Dislocazione dell'impianto. Nei casi meno gravi e più recenti talvolta potrebbe bastare un riposizionamento incruento mediante fascia compressiva. Questo trattamento è indicato soprattutto nei casi in cui vi sia una risalita della protesi, mentre è scarsamente efficace nei dislocamenti laterali, mediali e caudali della protesi. Il riposizionamento incruento viene eseguito con l'ausilio di una fascia elastica a compressione graduata. Il suo utilizzo è consigliato per un lungo periodo. Nei casi più gravi e inveterati è invece indispensabile intervenire chirurgicamente mediante una correzione della forma della loggia periprotetica (capsulotomie/capsulorrafie). Per rafforzare la loggia si può ricorrere anche all'uso di ADM (Acellular Dermal Matrix) o di mesh sintetiche. La soluzione chirurgica è indicata anche nei casi di simmastia, in cui è necessario allontanare le protesi dal margine sternale. Qualora la simmastia sia dovuta ad impianto di protesi troppo grandi, è necessaria anche la loro sostituzione insieme all'adeguamento della tasca alla nuova circonferenza protesica. Protesi retro-ghiandolari in simmastia possono spesso essere corrette semplicemente spostandole in una loggia retro-muscolare adeguata. Protesi retro muscolari in simmastia andrebbero invece preferibilmente alloggiare in una nuova tasca creata fra la parete anteriore della vecchia capsula e il gran pettorale.

h) Pieghe cutanee (wrinkling e folding). Si manifestano quando la protesi è ricoperta da scarso spessore di tessuti molli, quando la paziente presenta una maggior reattività di tipo fibro-sclerotico ad un corpo estraneo o dopo un dimagrimento post-operatorio. Le pieghe sono più evidenti con protesi a scarso riempimento. Se l'impianto è retroghiandolare, conviene spostarlo più in profondità, dietro al pettorale, in modo che possa essere ricoperto da un maggiore spessore di tessuti molli. Questa manovra di solito attenua la visibilità e la palpabilità della protesi supero-medialmente, ma è scarsamente efficace nell'area infero-laterale, persino se si sceglie una collocazione interamente retromuscolare. Per ottenere un discreto miglioramento anche in questo

distretto, conviene sostituire le protesi con altre contenenti gel più coesivo che, sebbene abbiano una consistenza più dura, sono caratterizzate da superficie e bordi periferici più lisci e regolari. Se le protesi sono già nel piano retro-muscolare, oltre a sostituirle con altre contenenti un gel più coesivo, si deve cercare di ispessire i tessuti molli che le ricoprono. A tale scopo si può innestare grasso autologo nel sottocute dell'area interessata. L'innesto di grasso spesso deve essere ripetuto 2-3 volte per ottenere una valida correzione del difetto. ADM e mesh sintetiche possono rappresentare ulteriori mezzi per ispessire il tessuto molle che copre le protesi.

i) *Sindrome di Mondor*. Si tratta probabilmente di una tromboflebite delle vene toraco-epigastriche e/o delle loro confluenti. I sintomi più comuni sono rappresentati da tensione e indolenzimento a carico della parete toraco-addominale interessata e soprattutto dalla presenza di una tumefazione

ordoniforme e iperemica, lineare o serpiginosa, a volte dolente alla palpazione, che corrisponde al vaso interessato. La terapia è sintomatica con antidolorifici e antinfiammatori sistemici e locali. La guarigione avviene solitamente entro pochi mesi. Talvolta si può risolvere ricorrendo semplicemente a una trazione cutanea.

l) *Rottura della protesi*. La diagnosi di rottura della protesi non è sempre facile. I sintomi possono spesso essere confusi con normali atteggiamenti della protesi, come irregolarità del profilo che s'intravedono o si palpano attraverso la pelle. La diagnosi necessita pertanto di accertamenti strumentali, quali ecografia mammaria e mammografia. In alcuni casi, come nelle rotture intracapsulari posteriori della protesi, il sospetto deve essere confortato da una Risonanza Magnetica Nucleare. Alla diagnosi di rottura della protesi, deve seguire, in tempi ragionevoli, la sostituzione della protesi.

La mastopessi

1. Breve definizione del tipo di intervento chirurgico

La mammella si definisce ptosica quando in posizione eretta si appoggia sulla parete toracica. All'origine di questo problema generalmente c'è un'alterazione del rapporto tra il volume del contenuto (stroma e parenchima) e la quantità di cute che lo avvolge. La mammella e, in misura minore, lo stesso complesso areola-capezzolo (CAC) scendono così sotto al solco infra-mammario in maniera variabile. In genere consistenza e forma appaiono esteticamente meno piacevoli e la mammella si presenta meno tonica e spesso svuotata nel polo superiore.

La mastopessi è l'intervento chirurgico indicato al ripristino dei parametri corretti e consiste essenzialmente nel rimodellare il cono mammario, rimuovere l'eccesso cutaneo e collocare l'areola in posizione più cefalica.

Qualora il volume residuo del parenchima rimodellato risulti insufficiente rispetto alle proporzioni della gabbia toracica, lo si può incrementare aggiungendo anche una protesi mammaria.

2. Esami pre-operatori

Oltre agli esami pre-operatori di routine per qualsiasi intervento chirurgico, comprendenti test ematochimici (glicemia, emocromo, PT, PTT, fibrinogeno, ecc.), ECG, eventuale Rx torace, è consigliabile studiare anche il parenchima mammario con esami strumentali (eco-mammografia e, solo in caso di dubbio diagnostico, RMN).

3. Tipo di anestesia e modalità di ricovero

La modalità del ricovero (ambulatoriale, in day-surgery o con ricovero prolungato) dipende dall'entità dell'intervento, dalle

caratteristiche del paziente (età, condizioni generali) e dal tipo di anestesia, che può essere locale, locale con sedazione e respirazione spontanea, o generale con respirazione assistita.

4. Profilassi antibiotica e profilassi antitrombotica

Una dose di antibiotico di solito è iniettata endovena ancor prima di iniziare l'anestesia, in modo da coprire il periodo dell'intervento e le ore successive. Poi si continua nel post-operatorio con una terapia antibiotica per via parenterale o orale.

La profilassi antitrombotica in genere non è necessaria, salvo che siano presenti fattori di rischio o che la durata dell'intervento si prolunghi oltre la norma.

5. Indicazioni cliniche

L'indicazione alla mastopessi vera e propria, con riposizionamento cefalico e modellazione della mammella, dipende dal grado di ptosi mammaria, nonché dalle aspettative della paziente, che deve essere informata in maniera realistica riguardo i possibili risultati dell'intervento. La mastoplastica riduttiva comprende ugualmente una mastopessi (sollevamento delle mammelle), ma se ne differenzia perché la sua funzione principale è quella di conferire alle mammelle un minor volume.

6. Controindicazioni cliniche

E' opportuno consigliare di effettuare l'intervento solo dopo aver deciso di non avere altre gravidanze. In caso di allattamento si deve aspettare la stabilizzazione della funzione ghiandolare (di solito almeno 4-6 mesi dopo la cessazione).

7. Alternative terapeutiche

Non esiste allo stato attuale una terapia alternativa all'intervento chirurgico.

8. Esiti cicatriziali standard

Il parenchima mammario può essere modellato secondo innumerevoli tecniche e la rimozione dell'eccesso cutaneo lascia cicatrici variabili per posizione ed estensione a secondo del grado di ptosi.

Raramente la cicatrice può essere solo periareolare (in tal caso di solito con l'aggiunta di una protesi). Normalmente alla cicatrice periareolare si abbina anche una branca verticale sulla meridiana del polo inferiore, che può estendersi in forma di "L" o "T" invertita. Questo prolungamento orizzontale è posto nel solco mammario e in alcuni rari casi può essere lungo quanto il solco stesso.

Si deve sempre cercare il miglior compromesso tra l'estensione della cicatrice e una forma piacevole delle mammelle.

Le pazienti devono essere ben informate riguardo alla posizione e all'estensione delle cicatrici, così come dell'evoluzione fino alla loro completa stabilizzazione. Devono inoltre essere consapevoli che le cicatrici sono permanenti e che il risultato finale dipende sia dal tipo di pelle, che dall'attenzione nell'evitare certi movimenti (ad es. non sollevare totalmente le braccia durante i primi mesi del post-operatorio, qualora siano presenti cicatrici sui solchi mammari).

L'utilizzo del drenaggio è facoltativo, ma consigliabile nei casi in cui si noti una tendenza ad un sanguinamento anomalo.

9. Prima medicazione e rimozione punti

Le medicazioni sono generalmente effettuate dopo circa una settimana.

La rimozione di eventuali suture esterne deve essere effettuata nel tempo più breve possibile, compatibilmente con lo stato di guarigione.

10. Gestione delle principali e più frequenti complicazioni post-operatorie

a) Emorragia. Nel post-operatorio immediato è tra le complicanze non specifiche, ma comuni ad ogni intervento chirurgico. Se neppure la presenza dei drenaggi risulta sufficiente a drenare un ematoma, la sola soluzione è svuotarlo chirurgicamente ed eseguire un'emostasi accurata.

b) Deiscenza delle ferite e cicatrizzazione difettosa. Una complicanza specifica nel post-operatorio immediato di una mastopessi può essere la deiscenza di qualche ferita, che è consigliabile riprendere al momento opportuno. Diastasi cicatriziali si possono manifestare anche a distanza, così come altri difetti nella guarigione delle ferite, quali ipertrofia o tendenza al cheloide. In questi casi potrebbe essere opportuno considerare una revisione chirurgica oppure i consueti trattamenti medici delle cicatrici difettose (infiltrazioni di steroidi, compressione, cerotti al silicone, ecc).

c) Sofferenza ischemica e necrosi cutanee. Sono considerate complicanze immediate del postoperatorio le sofferenze e le necrosi tissutali sia dell'areola (parziale o totale), che della cute periareolare, così come del polo inferiore, in particolare della cute e del grasso sottocutaneo all'incrocio tra cicatrice verticale e trasversale. In rapporto al grado di sofferenza tissutale, che può arrivare sino alla necrosi cutanea a tutto spessore, saranno necessarie specifiche medicazioni sino alla completa riepitelizzazione. Nei casi di necrosi franca sarà necessario attendere la demarcazione dell'area sofferente e ricorrere a una o più escarectomie. La formazione di tessuto di granulazione permetterà in seguito l'apposizione di un eventuale innesto cutaneo. In molti casi, comunque, dopo l'escarectomia è possibile suturare direttamente i margini cutanei senza dover ricorrere ad alcun innesto. Differentemente la guarigione avverrà per seconda intenzione con probabile necessità di dover revisionare l'esito cicatriziale in un secondo tempo.

d) Infezioni. Nella mastopessi possono distinguersi in localizzate e generalizzate.

Per le prime sono necessarie medicazioni frequenti dell'area infetta (forse meglio medicazioni occlusive onde evitare contaminazioni ulteriori). Nelle infezioni generalizzate a tutto il tessuto mammario potrebbe rendersi necessaria l'apertura delle suture ed il drenaggio del materiale purulento. Entrambe i tipi di infezione necessitano di una coltura batterica con antibiogramma per poter stabilire una terapia antibiotica mirata.

e) Pseudocisti adipose. Le pseudocisti sono di solito messe in relazione a fenomeni necrotici del tessuto adiposo. Si presentano sotto forma di grasso addensato o fluido, circondato o meno da tessuto fibrotico che le isola dal resto del tessuto mammario. Possono essere molto piccole o arrivare a volumi considerevoli. La terapia di queste complicazioni, non sempre indispensabile,

in genere è chirurgica e prevede la loro rimozione, talvolta anche mediante semplice aspirazione.

f) Anestesia/disestesia del CAC. L'alterazione della sensibilità del CAC o della cute limitrofa è spesso transitoria, ma in alcuni casi può essere permanente e la paziente deve esserne consapevole prima di decidere se sottoporsi all'intervento.

g) Recidiva. A causa della scarsa elasticità cutanea, tipica della mammella rilassata, è possibile osservare una recidiva della ptosi, talvolta anche piuttosto precocemente. In particolare si può manifestare una tendenza allo svuotamento del polo superiore. Se la gravità del problema (ptosi severa, cute smagliata e anelastica, ecc.) fa presagire questa evoluzione, è necessario avvertire la paziente ed eventualmente suggerirle di inserire nella mammella una protesi.

La mastoplastica riduttiva

1. Breve definizione del tipo di intervento chirurgico

La mastoplastica riduttiva è l'intervento chirurgico che permette di diminuire le dimensioni di mammelle troppo voluminose. Oltre all'indicazione di carattere estetico, l'intervento può avere valore terapeutico, specie nelle grandi ipertrofie mammarie, in grado di causare importanti disturbi funzionali.

2. Esami pre-operatori

Oltre alla consueta routine pre-operatoria, comprendente gli esami ematochimici, l'ECG e l'Rx torace nelle fumatrici dopo i 40 anni, per gli interventi in cui si prevede l'utilizzo del catetere vescicale è opportuno richiedere anche l'esame delle urine. E' consigliabile uno studio del parenchima mammario con esami strumentali, sia per evidenziare eventuali addensamenti potenzialmente patologici (noduli, che possono essere asportati durante lo stesso intervento), sia per disporre di un preciso quadro di riferimento per studi e confronti post-operatori. Si potrà ricorrere a Ecografia, Mammografia e, anche su suggerimento del radiologo per particolari difficoltà diagnostiche, ad eventuale Risonanza Magnetica. In caso di macromastia virginale sarà opportuno richiedere una consulenza endocrinologica. La programmazione di un'autotrasfusione per le riduzioni maggiori è a discrezione del chirurgo, ma è raramente necessaria. E' consigliabile l'astensione dal fumo per almeno 20 giorni prima e dopo l'intervento chirurgico.

3. Tipo di anestesia e modalità di ricovero

La modalità del ricovero (ambulatoriale, day-hospital o prolungato con pernotta-

mento) dipende dall'entità della riduzione, dall'età, dalle condizioni generali della paziente e conseguentemente anche dal tipo di anestesia, che può essere locale con sedazione e respirazione spontanea o generale con respirazione assistita. L'intervento deve sempre essere eseguito in una struttura idonea ed autorizzata.

4. Profilassi antibiotica e profilassi antitrombotica

Generalmente la terapia antibiotica per via endovenosa è avviata immediatamente prima dell'inizio dell'intervento e prosegue nel post-operatorio, di solito per via orale.

Non è necessaria la terapia antitrombotica se non in presenza di fattori di rischio, in quei casi in cui l'intervento sia di durata particolarmente lunga o quando sia abbinate ad altre operazioni che lo richiedano.

5. Indicazioni cliniche

L'intervento ha come obiettivo la riduzione del volume della mammella, in modo da renderla meno pesante e più proporzionata alle dimensioni del corpo. Contemporaneamente si deve correggere la ptosi della ghiandola e del Complesso Areola Capezzolo, sempre presenti nelle ipertrofie, ricollocando le mammelle e i CAC nella sede corretta e riducendo, di solito, anche il diametro delle areole. Con questo intervento si può anche cercare di correggere eventuali asimmetrie. La riduzione mammaria ha un fine terapeutico che va oltre a quello puramente estetico. Infatti eccessive dimensioni e peso della mammella sono responsabili di problemi posturali spesso già evidenti dopo pochi anni dal completamento della crescita. In queste pazienti inoltre sono frequenti le irritazioni e le

forme d'impetigine, in particolare a livello del solco infra-mammario. Esse soffrono di obiettivi problemi funzionali, che spesso si accompagnano a problematiche di ordine psicologico. Nel caso d'ipertrofia virginale, è indicato ricorrere alla riduzione mammaria appena completata la crescita (dopo attenta valutazione endocrinologica), possibilmente prima che si manifestino le alterazioni delle strutture osteo-articolari. La mastoplastica riduttiva con innesto libero del Complesso Areola Capezzolo ha ormai scarsissime indicazioni; vi si può ricorrere nei rari casi di gigantomastia molto grave, oppure quando si manifesta un'ischemia pre-operatoria non altrimenti risolvibile. Al termine dell'intervento il materiale rimosso viene pesato ed inviato, se necessario, ad un servizio di anatomia patologia per l'esame istologico.

6. Controindicazioni cliniche

Rappresentano controindicazioni alla mastoplastica riduttiva: l'incompleto sviluppo mammario, infezioni o patologie gravi in atto, coagulopatie, stati di gravidanza e allattamento, scarsa accettazione degli esiti cicatriziali, aspettative irrealistiche riguardo il risultato. Inoltre nelle patologie evolutive della mammella l'intervento deve essere concepito secondo principi diversi, a meno che una diagnosi estremamente precisa indichi la mastoplastica riduttiva a fini profilattici.

7. Alternative terapeutiche

In alternativa alla classica mastoplastica riduttiva si può considerare una riduzione mammaria mediante lipoaspirazione pura senza asportazione di pelle, ma solo se è sufficiente rimuovere moderate quantità di grasso in mammelle a prevalente componente adiposa con buon trofismo ed elasticità cutanea. La liposuzione può comunque rappresentare un ottimo complemento all'intervento classico di riduzione mammaria.

8. Esiti cicatriziali standard

La cicatrice ha estensione diversa secondo l'entità della riduzione necessaria. Molto raramente ci si può limitare alla periareolare (modeste riduzioni in pazienti molto giovani), mentre nella grande maggioranza dei casi la cicatrice periareolare deve estendersi nel polo inferiore con un tratto verticale che, a sua volta, può continuare orizzontalmente nel solco inframammario con lunghezza proporzionata alla riduzione e alla forma delle mammelle, sino ad unirsi medialmente in rari casi con il controlaterale. Le pazienti dovranno quindi essere chiaramente informate sulla posizione ed estensione delle cicatrici, nonché sulla loro potenziale evoluzione nelle diverse fasi post-operatorie fino a completa maturazione (almeno 9-12 mesi). Inoltre dovranno essere ben consapevoli, prima di sottoporsi all'intervento, del fatto che le cicatrici sono permanenti e che la loro qualità dipende dalla specifica capacità cicatrizzante della pelle di ogni individuo oltre che dalle attenzioni che loro stesse porranno, nei primi mesi dopo l'intervento, a seguire le istruzioni riguardanti le limitazioni nei movimenti e nell'esposizione al sole.

9. Prima medicazione e rimozione punti

L'utilizzo del drenaggio in questo intervento è a discrezione del chirurgo. In molti casi può essere evitato, ma è consigliabile quando si nota nel corso dell'intervento una tendenza a un sanguinamento anormale. Dopo l'intervento, le medicazioni sono sostituite in genere entro 5-7 giorni. E' consigliabile rimuovere eventuali suture cutanee esterne entro i primi 10 giorni per evitare che queste lascino un segno visibile. Per le suture profonde si possono utilizzare materiali riassorbibili e non riassorbibili, secondo le preferenze del chirurgo. In genere nel periodo post-operatorio iniziale si applica una medicazione moderatamente compressiva e contenitiva, che è mantenuta a posto mediante un apposito

reggiano da indossare preferibilmente anche di notte.

10. Gestione delle principali e più frequenti complicazioni post-operatorie

Nel post-operatorio immediato tra le complicanze non specifiche, comuni a ogni intervento chirurgico, anche nella mastoplastica riduttiva sono possibili:

a) Emorragia. Un'emorragia superficiale spesso può essere estinta con una semplice compressione. Un'emorragia profonda importante può dar luogo alla formazione di un ematoma, pur in presenza di drenaggi. In tal caso sarà opportuno, in ambiente asettico e dopo aver eventualmente sedato la paziente, riaprire alcune suture, evacuare l'ematoma e procedere al controllo dell'emostasi.

b) infezione. Nella mastoplastica riduttiva può distinguersi in localizzata e diffusa. Nel primo caso sono necessarie frequenti medicazioni occlusive dell'area infetta onde evitare contaminazioni ulteriori. Nelle infezioni diffuse a tutto il tessuto mammario potrebbe essere conveniente riaprire le suture per favorire il drenaggio del materiale purulento. In entrambi i casi è necessario eseguire una coltura batterica e un antibiogramma per stabilire una terapia antibiotica mirata.

Tra le complicanze specifiche nel post operatorio immediato sono comprese:

a) Deiscenza delle suture. Esse vanno medicate con relativa frequenza e appena possibile richiuse, se sussiste un'indicazione.

b) Sofferenze e necrosi tissutali. Possono riguardare l'areola (ischemia parziale o totale), la cute periareolare e quella del polo mammario inferiore, in particolare all'incrocio tra cicatrice verticale e orizzontale al solco. Secondo il grado di sofferenza saranno necessarie specifiche medicazioni sino alla riepitelizzazione del tessuto. Nei casi di necrosi franca converrà attendere la demarcazione dell'area sofferente, e ricorre a una o più escarectomie. La formazione di tessuto di granulazione permetterà in seguito,

se necessaria, l'apposizione di un innesto cutaneo. Differentemente la guarigione avverrà per seconda intenzione e diverrà probabilmente necessaria una revisione chirurgica dell'esito cicatriziale. In alcuni casi è possibile far seguire l'escarectomia da una sutura diretta dei lembi della ferita.

Tra le complicanze specifiche a distanza si devono ricordare:

a) Cicatrici diastatiche e patologiche. Dal 2°-3° mese può insorgere un'ipertrofia cicatriziale, in genere nei punti di maggior tensione. Si può ricorrere a infiltrazioni ripetute di steroidi a basso dosaggio ed eventualmente dopo il 6° mese, se necessario, a revisione della cicatrice, che può essere seguita a sua volta da ulteriori infiltrazioni di steroidi o dall'applicazione di cerotti o pomate al silicone. Nel caso si tratti di veri cheloidi i margini di miglioramento sono molto scarsi. Le cicatrici diastatiche si possono riprendere con possibilità di successo solo in assenza di tensione eccessiva.

b) Cisti e pseudocisti. Spesso messe in relazione a fenomeni di steatonecrosi, si presentano sotto forma di tessuto adiposo addensato o colliquato, circondato o meno da tessuto fibrotico che, se presente, le isola dal resto del tessuto mammario. Le loro dimensioni possono essere molto piccole o arrivare a volumi considerevoli. La terapia di queste complicazioni, non sempre necessaria, è chirurgica e prevede la loro rimozione diretta a cielo aperto o mediante aspirazione. c) Alterazione della sensibilità. Può riguardare il CAC e/o la cute lungo i bordi delle incisioni. Si manifesta spesso come fastidiosa disestesia nel periodo post-operatorio immediato e in tal caso è di solito transitoria, regredendo spontaneamente nella maggior parte dei casi. Talvolta è invece una vera e propria anestesia, che occasionalmente può assumere carattere permanente. Non esistono terapie di comprovata efficacia.

d) Asimmetrie di dimensione e posizione delle mammelle e dei CAC. Possono essere corrette dopo che i processi di guarigione e di stabilizzazione dei tessuti siano terminati. Conviene quindi aspettare almeno sei mesi.

La correzione della ginecomastia

1. Breve definizione del tipo di intervento chirurgico

Con il termine “ginecomastia” si indica l’ipertrofia relativa delle mammelle di un soggetto di sesso maschile. Può essere interessata una mammella sola o entrambe. La ginecomastia può essere causata da un aumento del tessuto ghiandolare (ginecomastia vera), del tessuto adiposo (ginecomastia falsa o pseudo-ginecomastia) o di entrambe le componenti (ginecomastia mista).

La ginecomastia può essere espressione di una condizione benigna o para-fisiologica, in alcuni casi transitoria, oppure di diverse patologie. Talvolta è possibile riscontrare una ginecomastia, di solito benigna, già nel neonato o nell’adolescente. In alcuni casi può essere espressione di un’alterazione endocrinologica (diminuita produzione di testosterone o aumentata produzione di estrogeni o prolattina), legata a disfunzioni gonadiche, epatiche o tiroidee, o secondaria all’assunzione di farmaci (steroidi anabolizzanti, calcio-antagonisti, psico-farmaci, antiblastici, ecc.). L’intervento indicato a correggere una pseudo-ginecomastia è la lipoaspirazione. Una volta stabilizzato il peso corporeo, l’operazione può essere condotta anche prima del raggiungimento della maggiore età. Diverso è il caso di una ginecomastia vera o mista, per correggere la quale è necessario ricorrere, oltre all’eventuale rimozione della componente adiposa mediante liposuzione, anche ad una mastectomia parziale. Se il quadro clinico si presenta in età puberale, una volta escluse patologie endocrinologiche, è buona norma attendere il completo sviluppo fisiologico (se non la maggiore età) prima di considerare l’intervento chirurgico, poiché spesso si tratta di una forma transitoria.

2. Esami preoperatori

La diagnosi clinica di ginecomastia nelle sue differenti forme, deve essere convalida-

ta perlomeno da un’ecografia mammaria. Per l’intervento chirurgico sono necessari gli esami ematici di routine e un elettrocardiogramma. Dal momento che la ginecomastia riconosce tra i fattori predisponenti anche patologie endocrine, sia nei soggetti giovani che negli adulti è spesso opportuno eseguire valutazioni dell’equilibrio ormonale di competenza specialistica.

3. Tipo di anestesia e conseguenti modalità di ricovero

L’intervento chirurgico può essere condotto in anestesia locale, locale con sedazione o generale. Il tipo di anestesia varierà in base all’entità del quadro clinico e alle condizioni generali del paziente. Se l’intervento è eseguito in anestesia locale, il paziente può essere dimesso dopo breve tempo, sempre che le sue condizioni generali lo consentano. I pazienti sottoposti a sedazione devono essere trattenuti in osservazione post-operatoria per alcune ore. I pazienti operati in anestesia generale potranno essere dimessi dopo un periodo di osservazione di almeno sei ore.

4. Profilassi antibiotica e profilassi antitrombotica

La profilassi antibiotica è somministrata per via venosa prima dell’inizio dell’intervento e ripetuta all’occorrenza intra-operatoria. Nel periodo post-operatorio la terapia antibiotica può essere assunta per via orale per almeno cinque giorni. Non è obbligatoria la profilassi antitrombotica, salvo che per i pazienti con una pregressa TVP o in caso si associno altri interventi che la richiedano.

5. Indicazioni cliniche

Vi è indicazione all’intervento quando la ginecomastia procura disturbi di carattere psico-sociale e/o funzionale. In genere

si ricorre alla chirurgia quando il quadro clinico è conclamato e non risolvibile altrimenti. La ginecomastia vera è trattata con la mastectomia, la pseudoginecomastia con la liposuzione, mentre nelle forme miste i due approcci potranno essere variamente associati.

6. Controindicazioni cliniche

Non esistono controindicazioni assolute all'intervento, fatta eccezione per quei pazienti ad alto rischio (ASA >2), che presentano condizioni generali che sconsigliano qualsiasi intervento di carattere estetico. L'eventuale uso di steroidi anabolizzanti, che possono essere responsabili del quadro clinico, va sospeso. E' preferibile evitare di sottoporre a intervento chirurgico soggetti in età puberale, posticipando tale trattamento alla maggiore età per avere la certezza che non si tratti di una forma transitoria e per ridurre la possibilità di un esito cicatriziale ipertrofico.

7. Alternative terapeutiche

Per i casi di "ginecomastia vera", che non dipendano da cause trattabili con terapia medica, non esistono alternative alla chirurgia. Per i casi di pseudoginecomastia in pazienti obesi è indicata come primo approccio terapeutico una dieta alimentare controllata che porti a un'adeguata perdita di peso. Nelle forme iatrogene la semplice interruzione dell'assunzione del farmaco porterà in molti casi alla regressione del quadro clinico. In alcune forme adolescenziali di "ginecomastia vera" da disendocrinia, così come in quelle dovute ad alterazione della funzione di alcuni organi (legate, ad es., a insufficienza epatica o renale), il corretto trattamento della patologia di base porterà a un miglioramento della ginecomastia.

8. Esiti cicatriziali standard

Gli esiti cicatriziali standard dipendono dall'entità del problema e dal tipo d'inter-

vento. Nel caso di semplice liposuzione si tratterà di cicatrici di pochi millimetri di lunghezza, situate nella regione toracica laterale ed eventualmente mediana; nei casi di mastectomia sottocutanea la cicatrice può venir posta in sede emiperiareolare inferiore, superiore, laterale o mediale, al limite tra cute areolare e quella circostante. Qualora sia necessario rimuovere anche tessuto cutaneo in eccesso mediante un'incisione periareolare completa, la cicatrice interesserà tutta la circonferenza areolare. In questi casi è opportuno associare anche una sutura a borsa di tabacco in materiale non riassorbibile per stabilizzare l'ampiezza dell'areola e l'estensione della cicatrice. Nei casi più gravi può non essere sufficiente rimuovere un anello di cute in eccesso attorno all'areola e si deve quindi ricorrere a resezioni più ampie che renderanno inevitabili cicatrici più estese. In tali casi talvolta può risultare utile una resezione cutanea nella regione ascellare, che produce cicatrici meno visibili di quelle sulla mammella.

9. Prima medicazione e rimozione punti

La prima medicazione dipende dal tipo di procedura chirurgica eseguita. Qualora sia stata praticata esclusivamente una liposuzione, potrà avvenire generalmente entro 1-2 settimane dall'intervento. In caso di mastectomia sottocutanea la prima medicazione, durante la quale di solito si rimuovono anche eventuali drenaggi, può essere fatta dopo 24/48 ore. Se necessario, le suture potranno essere rimosse a partire dal quinto giorno. Una medicazione contenitiva e compressiva dovrà essere indossata per almeno 20-30 giorni sia in caso di liposuzione, che di asportazione chirurgica della ghiandola mammaria.

10. Gestione delle principali e più frequenti complicazioni postoperatorie

Le complicazioni possono essere precoci e tardive.

Tra quelle precoci si possono considerare:

a) Emorragia: Un'eventuale emorragia, che deve sempre essere arrestata, può dar luogo anche alla formazione di un ematoma, pur in presenza di drenaggi. In questi casi sarà opportuno, in ambiente asettico e, di solito, dopo aver sedato il paziente, riaprire alcune suture, evacuare l'ematoma e procedere al controllo dell'emostasi. Piccoli ematomi possono essere aspirati dopo la loro colliquazione, che in genere avviene 12-15 giorni dopo l'intervento.

b) Sieroma: La comparsa di un sieroma è molto rara. Eventuali sieromi possono essere aspirati anche più volte sino alla loro definitiva scomparsa. Il bendaggio elasto-compressivo contribuisce all'autolimitazione del sieroma.

c) Liponecrosi: raro evento anche nelle forme più gravi di falsa ginecomastia. Inizialmente si presenta con la formazione di tessuto duro-fibrotico, che nei successivi quindici-venti giorni in genere si colliqua dando luogo a possibili raccolte siero-lipidiche. Queste raccolte possono essere drenate attraverso da una piccola breccia cutanea in ambiente asettico, anche con l'eventuale aiuto di un'ago-cannula di dimensioni adeguate.

d) Infezione: Si possono distinguere infezioni localizzate o estese a tutta la mammella. Per le prime sono necessarie medicazioni occlusive frequenti dell'area infetta per favorire la guarigione evitando ulteriori contaminazioni. Nelle infezioni generalizzate a buona parte del tessuto mammario potrebbe essere necessario rimuovere le suture, in modo da riaprire le ferite per drenare il materiale purulento e disinfettare accuratamente l'area interessata. In entrambi i casi conviene eseguire una coltura batterica con antibiogramma per stabilire una terapia antibiotica mirata.

e) Deiscenza delle suture. Esse vanno medicate con relativa frequenza e appena possibile richiuse, rimuovendo l'eventuale tessuto esuberante.

f) Sofferenza e necrosi del CAC: qualora occorran sofferenze epiteliali o del derma

superficiale sarà sufficiente detergere la lesione, stimolando la riepitelizzazione con farmaci idonei e continuare di solito la terapia farmacologica sistemica, associando eventualmente anche una antibiotico-terapia locale. Generalmente questi fenomeni si risolvono in un tempo piuttosto breve. Nei casi di necrosi franca sarà necessario attendere la demarcazione dell'area sofferente, e ricorre, se necessario, a una o più escarectomie. La formazione di tessuto di granulazione permetterà in seguito l'apposizione di un eventuale innesto cutaneo. In molti casi sarà invece sufficiente rimuovere la cicatrice diastata o/e ipertrofica e suturare i bordi della nuova ferita.

Tra le complicanze tardive si possono considerare:

a) Alterazioni della cicatrizzazione. Diastasi cicatriziali si possono manifestare anche a distanza di molto tempo dall'intervento, così come altri difetti nella guarigione delle ferite, quali ipertrofia o tendenza al cheloide. In questi casi potrebbe essere opportuno considerare una revisione chirurgica, informando sempre il paziente di una possibile recidiva. In caso di cicatrizzazione patologica si può provare a ricorrere a trattamenti medici (infiltrazioni di steroidi a basso dosaggio, compressione, cerotti al silicone, ecc.).

b) Alterazione della sensibilità del CAC. Distesie del CAC o della cute limitrofa sono spesso transitorie e nella maggior parte dei casi regrediscono spontaneamente. Bisogna però informare il paziente che in rari casi possono assumere carattere definitivo.

c) Irregolarità e/o depressione dell'areola. Questo fenomeno si può manifestare a causa della rimozione del tessuto ghiandolare nell'area retroareolare e/o per liponecrosi del tessuto adiposo sottostante. Un innesto di grasso autologo mediante "lipofilling" può essere eseguito non appena la fibrosi cicatriziale si sia riassorbita.

d) Trombosi Venosa Profonda. La TVP, con possibilità di embolia polmonare, può comparire, seppur raramente, a distanza di giorni dall'intervento e richiede una immediata ospedalizzazione.

La lipoaspirazione

1. Breve definizione del tipo di intervento chirurgico

L'intervento di lipoaspirazione (o liposcultura o liposuzione) è eseguito per asportare in modo selettivo gli eccessi di tessuto adiposo localizzati in diverse sedi anatomiche, al fine di migliorare il profilo corporeo. Il miglioramento dell'aspetto a "buccia d'arancia", caratteristico della cosiddetta "cellulite", pur non rappresentando una finalità della lipoaspirazione, è spesso conseguenza indiretta dell'intervento ed è legato al miglioramento della circolazione venosa e linfatica.

La lipoaspirazione può essere eseguita con metodi diversi, talora variamente associabili:

— Lipoaspirazione Tradizionale (SAL - Suction Assisted Lipoplasty): tuttora la più utilizzata in assoluto, consiste nell'aspirazione del grasso con cannule mosse manualmente.

— Vibrolipoaspirazione (PAL - Power Assisted Lipoplasty): cannule aspiranti movimentate da motori elettrici o pneumatici

— Lipoaspirazione ad acqua (WAL - Water Assisted Liposuction): l'aspirazione è facilitata dal continuo getto di acqua in prossimità della punta della cannula aspirante.

— Liposuzione ultrasonica (UAL - Ultrasound Assisted Lipoplasty): la lipolisi è promossa dall'effetto cavitativo indotto da emissioni ultrasoniche.

— Liposuzione con ultrasuoni esterni (EUAL - External Ultrasound Assisted Liposuction): la lipolisi è promossa da effetto cavitativo indotto da emissioni ultrasoniche esterne.

— Lipoaspirazione con Radiofrequenze bipolari (RFAL - RadioFrequency Assisted Lipoplasty): teoricamente viene facilitato il compattamento e la retrazione del tessuto dermo-cutaneo per contrastare il rilassamento.

— Laserlipolisi (LAL - Laser Assisted Lipoplasty): la lipolisi è indotta da un raggio

laser lineare convogliato attraverso sottili fibre ottiche.

— Plasmalipo (PPL - Plasma Lipolysis): la lipolisi è indotta da energia a luce al plasma, convogliata attraverso sottili fibre ottiche.

2. Esami pre-operatori

Per i pazienti in buona salute (ASA I), che devono essere sottoposti ad aspirazione di una quantità moderata di tessuto adiposo in aree anatomiche localizzate, quindi in situazione di basso rischio, può essere sufficiente una valutazione preoperatoria clinica.

In caso si preveda invece l'aspirazione di quantità più importanti di grasso o se è necessario prelevarlo in numerose aree anatomiche, specie se sussistono dubbi sulle condizioni di salute del paziente, oltre al questionario di autovalutazione e alla raccolta dell'anamnesi, è opportuno eseguire i consueti test preoperatori. Tali esami dovrebbero comprendere: i test emato-chimici di base (elettroliti, emocromo, piastrine, PT, PTT, fibrinogeno, glicemia, e creatinemia in pazienti di età superiore a 40 anni), ECG in pazienti sani con età superiore ai 40 anni e RX Torace in pazienti fumatori (> 20 sigarette/die) o con malattie cardiovascolari o polmonari.

3. Tipo di anestesia e modalità di ricovero

La lipoaspirazione può essere eseguita in anestesia locale con o senza sedazione, in anestesia spinale o in anestesia generale.

Secondo l'estensione delle aree da trattare e del volume di tessuto adiposo aspirato, l'operazione può essere praticata in ambulatorio chirurgico, in day-surgery o in casa di cura/ospedale.

In regime ambulatoriale è opportuno evitare di rimuovere una quantità di grasso

equivalente a più del 3% del peso corporeo del paziente.

L'anestesia locale può essere preparata con varie diluizioni, ma si utilizzano per lo più soluzioni a bassa concentrazione di anestetico e di vasocostrittore, che possono essere infiltrate in grandi quantitativi, in modo da poter trattare anche vaste superfici. È stato dimostrato che nel pannicolo adiposo possono essere iniettati in tutta sicurezza quantitativi di anestetico locale (lidocaina o mepivacaina) molto più importanti che in altri tessuti (fino a 35-40 mg/kg). Questo significa che, ad esempio, in una persona di 60 kg si possono utilizzare nel grasso 2000 mg di anestetico diluito (lidocaina o mepivacaina) senza particolari problemi. In questo caso potrebbe essere infiltrato 1 litro di soluzione allo 0,2% (900 ml di fisiologica o di Ringer + 100 ml lidocaina al 2%) con Adrenalina a 1:1.000.000. Se l'intervento viene praticato in anestesia locale pura (senza sedazione) di solito si aggiunge alla soluzione Bicarbonato, in modo da renderla meno acida e quindi da ridurre il bruciore dell'infiltrazione.

Durante l'intervento si consiglia di mantenere sempre almeno il monitoraggio della saturazione di ossigeno e una via venosa aperta per infusione di liquidi (di solito in quantità doppia rispetto all'aspirato), soprattutto se si prevede di rimuovere più dell'1% del peso corporeo di materiale adiposo.

Per quanto riguarda i volumi massimi di aspirato si consiglia di non asportare più del 7% del peso corporeo. Possono essere aspirati anche volumi superiori, ma solo dopo aver valutato attentamente le condizioni di salute del paziente e aver predisposto almeno due sacche ematiche di predeposito per auto-emotrasfusione. In quest'ultimo caso inoltre è sempre necessario un ricovero protratto.

4. Profilassi antibiotica e profilassi antitrombotica

Una profilassi antibiotica a largo spettro è sempre consigliata, iniziando immediata-

mente prima dell'intervento e proseguendo almeno fino alla 5° giornata post-operatoria.

Nelle liposuzioni effettuate in anestesia locale in genere non è necessaria una profilassi antitrombotica poiché il paziente non è allettato.

La profilassi anti-tromboembolica con eparina a basso peso molecolare deve essere eseguita nel caso in cui il paziente presenti almeno uno o più fattori di rischio ricavati dai dati anamnestici ed ematochimici, concordandone insieme all'anestesista il dosaggio farmacologico e la durata. In ogni caso è raccomandata quando l'operazione ha una durata superiore a 3-4 ore. Deve essere iniziata entro 10-12 ore dalla fine dell'operazione (40-50 U/Kg per le prime 24-72 ore e 80U/Kg per i successivi giorni di profilassi) e proseguita per almeno altri sette giorni.

Molto utili sono i consueti presidi di prevenzione antitrombotica quali l'elasto-compressione postoperatoria, la deambulazione precoce e il controllo del bilancio idrico.

5. Indicazioni cliniche

La lipoaspirazione o liposcultura è indicata in quei pazienti (uomini o donne) preferibilmente in buona salute, che presentano un eccesso di tessuto adiposo localizzato, che si fatica a eliminare con la dieta alimentare e l'esercizio fisico. Sebbene nella maggioranza dei casi non sia certo da considerare un trattamento dell'obesità, la lipoaspirazione permette la ridefinizione del contorno corporeo eliminando i depositi eccessivi di grasso negli arti, nel tronco e nella testa.

I migliori candidati sono persone di peso normale, con pelle tonica ed elastica, che presentano accumuli adiposi prevalentemente in aree corporee ben delimitate. La liposcultura può essere eseguita anche in persone modicamente in soprappeso, con accumuli più diffusi e con cute meno elastica, ma in tal caso occorre avvertire preoperatoriamente il paziente della possibilità di ottenere risultati meno validi. In ogni caso il

paziente deve sempre essere in buone condizioni di salute e avere aspettative realistiche. L'età è un fattore discriminante, essendo ovvio che nelle persone più anziane generalmente l'elasticità cutanea si è ridotta e quindi non possono essere raggiunti gli stessi risultati ottenibili nelle persone giovani.

Sarebbe auspicabile che al momento dell'intervento il peso corporeo fosse stabile da almeno sei mesi.

La liposuzione può risultare utile anche nei seguenti casi:

— Trattamento di forme patologiche: pseudoginecomastia, ginecomastia, lipomi, lipodistrofie, iperidrosi ascellare (si usa la stessa strumentazione per rimuovere, insieme al grasso ascellare, anche parte delle ghiandole sudoripare).

— Modellamento di lembi trasposti o di esiti di ematomi organizzati.

— Prelievo di tessuto adiposo come prima fase di un autoinnesto.

6. Controindicazioni cliniche

La cute scarsamente elastica controindica la liposuzione, che darebbe luogo a un risultato scadente, a meno che l'intervento non sia considerato propedeutico alla dermolipectomia (ad es. di cosce, braccia o addome).

Sono controindicazioni assolute le malattie sistemiche di severa entità quali coronaropatie con cardiopatia ischemica, angina instabile, aritmie refrattarie, insufficienza respiratoria grave, insufficienza renale, insufficienza epatica, diabete scompensato, ecc. In generale, l'intervento è da evitare in pazienti con condizioni cliniche scadenti (ASA 3-4), che non permettano di sottoporli ad un'eventuale anestesia generale o che non siano in grado di affrontare clinicamente un intervento che comporta un'anemizzazione postoperatoria.

7. Alternative terapeutiche

Nei pazienti con adiposità minime e che comprendano la minor efficacia di tali metodi rispetto alla lipoaspirazione, pos-

sono produrre miglioramenti transitori sia procedure lipolitiche esterne (criolipolisi, cavitazione, laserlipolisi esterna), che trattamenti alternativi di Medicina Estetica, (ultrasuoni, pressoterapia, ozonoterapia, mesoterapia, etc.). Si deve preferibilmente ricorrere a tali metodi, applicati di solito in più sedute, solo in caso di accumuli adiposi di lieve entità.

8. Esiti cicatriziali standard

Gli esiti cicatriziali sono di solito trascurabili: le piccole incisioni attraverso cui si introduce la cannula lasciano cicatrici di circa 4-5 mm di lunghezza (fino ad 1,5 cm in caso di Lipoaspirazione Ultrasonica). Generalmente di buona qualità, possono essere da 1 sino a 4-6 per zona trattata. Talvolta la qualità delle cicatrici può risultare scadente a causa della frizione provocata dalla cannula sui margini della ferita. In tal caso a circa 6 mesi di distanza può essere eseguita una semplice revisione chirurgica.

9. Prima medicazione e rimozione punti

Le medicazioni e la rimozione dei punti di sutura possono variare caso per caso, in base alla tipologia di materiali e metodi usati per la rimozione del tessuto adiposo. In ogni caso i mezzi di contenzione (collant elastici, guaine, bende elastiche adesive) possono essere eliminati da 1 a 4 settimane dopo l'intervento, secondo le preferenze del chirurgo, mentre eventuali suture esterne sono in genere rimosse 7-14 giorni dopo l'intervento.

10. Gestione delle principali e più frequenti complicazioni post-operatorie:

Per quanto eseguita su pazienti in buono stato di salute, qualunque procedura chirurgica, compresa la lipoaspirazione, compor-

ta la possibilità di complicazioni, schematicamente rappresentate dalle seguenti, cui si affianca il possibile trattamento:

a) Emorragie. Sono possibili sanguinamenti, di solito nel corso delle prime 24 h postoperatorie. Occorre procedere a compressione locale, disponendo in scarico l'arto nel quale è stato eseguito l'intervento. Può essere conveniente rifare il bendaggio elastico.

b) Ematomi (rari, > a livello addominale): evacuazione con siringa e poi compressione.

c) Infezioni (molto rare): terapia antibiotica, meglio se mirata dopo antibiogramma, incisioni per evacuazione dell'eventuale pus.

d) Necrosi cutanea: (rarissima) più facilmente conseguenza dell'uso della metodica ad ultrasuoni o di una liposuzione molto superficiale. Va trattata dapprima con le consuete medicazioni e poi con innesti o sutura diretta dei margini sani dopo aver rimosso il tessuto danneggiato.

e) Edema persistente. Può manifestarsi nelle aree più declivi. Linfodrenaggio.

f) Trombosi venosa profonda. Ricovero ospedaliero e terapia secondo i protocolli.

g) Tromboembolia polmonare. Ai primi segni di affaticamento respiratorio conclamato, ricovero ospedaliero urgente.

h) Irregolarità superficiali iatrogene, adiposità persistente: attendere almeno sei mesi dall'intervento prima di procedere ad autolipoinnesto/microlipoaspirazione selettiva.

i) Cicatrici visibili. Se la qualità della cicatrice è scadente, si può procedere alla sua correzione chirurgica dopo 6/8 mesi dall'intervento. La cicatrice può essere leggermente ipertrofica o pigmentata per la frizione della cannula sui bordi dell'incisione, che dovrebbe essere leggermente più ampia del diametro della cannula. La lubrificazione o l'irrigazione frequente dell'incisione, oppure l'uso di specifici protettori potrebbero ridurre il rischio di cicatrici inestetiche.

Asimmetrie e irregolarità della zona trattata. Non è raro dover ricorrere a ulteriori interventi per migliorare la qualità del risultato della prima liposuzione, in particolare per quanto riguarda i casi nei quali vengono rimosse importanti quantità di tessuto adiposo e in quelli caratterizzati da scarsa elasticità cutanea o da asimmetria fra i due lati. Gli interventi di ritocco possono essere spesso eseguiti in anestesia locale, attendendo preferibilmente almeno sei mesi dopo il primo intervento.

L'addominoplastica

1. Breve definizione del tipo di intervento chirurgico

L'intervento di addominoplastica viene eseguito per rimuovere l'eccesso di cute e di tessuto adiposo sottocutaneo addominale. A tale scopo viene rimosso un lembo cutaneo-adiposo più o meno ampio, compreso generalmente tra la regione periombelicale e quella sovrapubica. A completamento, se opportuno, può essere anche associata una lipoaspirazione dell'addome e delle aree limitrofe. L'intervento prevede la ricollocazione della cicatrice ombelicale all'altezza adeguata e, quando necessario, la ricostituzione di una corretta tensione della parete addominale mediante plicature e rinforzi di fasce e aponeurosi muscolari; in presenza di ernie e laparoceli si procede alla ricostruzione della parete addominale diastasata, riparandone la continuità, se necessario, anche mediante il posizionamento di una eventuale rete di contenzione. Al termine, di solito la cute epigastrica sostituirà in parte quella asportata. Esistono varie tecniche di addominoplastica, secondo il tipo di alterazione morfologica da correggere.

2. Esami pre-operatori

Oltre a prendere in esame un possibile questionario di autovalutazione del paziente, è necessario poter disporre dei consueti test ematochimici pre-operatori (Elettroliti, Glicemia, Azotemia, Creatininemia, Ematocrito, Emoglobina, Piastrine, PT, PTT, Fibrinogeno), nonché di un ECG e, in caso il paziente sia fumatore, di RX Torace.

In presenza di patologie sistemiche significative (cardiopatie, pneumopatie, malattie organiche o dismetaboliche, ecc.) dovranno essere fatte valutazioni preoperatorie con esami diagnostici specifici.

Le prove di funzionalità respiratoria in genere non sono indispensabili. La spirometria è raccomandata solo per pazienti obesi e/o fumatori, di età superiore a 40

anni, specie se sono presenti concomitanti patologie sistemiche.

In questo tipo d'intervento la preparazione del paziente e una corretta tecnica anestesiológica sono fondamentali per ottenere buoni risultati, riducendo altresì l'incidenza di complicanze.

In caso si debbano rimuovere grosse quantità di tessuto, potrebbe essere conveniente eseguire un'autoemotrasfusione.

L'ecografia della parete addominale è raccomandata solo in caso di precedenti interventi chirurgici addominali o quando sussistano dubbi sulla presenza di porte erniarie e laparoceli. In caso di anamnesi positiva per colelitiasi, è consigliata anche l'ecografia addominale dei visceri.

3. Tipo di anestesia e modalità di ricovero

La maggior parte delle addominoplastiche sono eseguite in anestesia generale sia per i tempi operatori non brevi, sia per rilassare la muscolatura addominale, in modo da riuscire ad effettuare un'adeguata plastica di consolidamento. Il regime di ricovero può essere di una giornata (day surgery) o prevedere un'osservazione post-operatoria protratta per due o più giorni in caso di operazioni di entità maggiore.

In caso di intervento minore, quale la semplice dermolipectomia, (il cosiddetto "mini-addome"), si può operare in anestesia locale associata eventualmente ad una sedazione anestesiológica con dimissione in giornata.

In casi particolari l'anestesista può optare per altre procedure, quali l'Anestesia Spinale o Peridurale.

4. Profilassi antibiotica e profilassi antitrombotica

La profilassi antibiotica è obbligatoria, ma le sue modalità di attuazione possono

seguire criteri di scelta diversi in rapporto alla compliance del paziente, come in caso di eventuali intolleranze farmacologiche o di maggior rischio infettivo individuale, così come in rapporto alla complessità della procedura o alla struttura presso la quale viene eseguito l'intervento.

Generalmente s'inizia la profilassi antibiotica a largo spettro sin dal giorno stesso dell'intervento e la si prosegue almeno fino alla quinta/settima giornata. Possono essere adottati anche altri schemi terapeutici in rapporto al caso clinico e alla sua evoluzione postoperatoria.

La profilassi antitromboembolica con eparina a basso peso molecolare è sempre consigliabile nelle addominoplastiche, ma deve essere obbligatoriamente eseguita solo nel caso in cui il paziente presenti uno o più fattori di rischio ricavati dai dati anamnestici e dai test pre-operatori, concordandone insieme all'anestesista, il dosaggio farmacologico e la durata.

Si devono considerare estremamente utili i presidi di prevenzione antitrombotica quali l'elasto-compressione intraoperatoria, la Compressione Pneumatica Intermittente degli arti inferiori o, in alternativa, il massaggio manuale intraoperatorio dei polpacci ad intervalli prestabiliti e la deambulazione precoce.

5. Indicazioni cliniche

L'addominoplastica è indicata nei soggetti che presentano un eccesso di tessuto adiposo nella regione addominale, che non si riesce a correggere con una dieta alimentare e/o con l'esercizio fisico, né con la semplice lipoaspirazione. Questa operazione è indispensabile anche per eliminare nella stessa regione un'eventuale sovrabbondanza di pelle, specie se anelastica e/o smagliata, che controindicherebbe quindi una lipoaspirazione, pena un risultato scadente. L'addominoplastica trova quindi un'ottima indicazione, ad esempio, nei pazienti dimagriti in tempi rapidi, il cui addome è caratterizzato da un pannicolo cutaneo-adiposo eccessivamente abbondante e lasso.

Si ricorre all'addominoplastica tradizionale quando l'eccesso e la lassità della pelle epigastrica siano sufficienti a consentire l'asportazione dell'intero pannicolo cutaneo-adiposo compreso tra l'ombelico e il pube, cui possa quindi seguire la riparazione della perdita di sostanza mediante sutura diretta. L'operazione prevede anche il reinserimento dell'ombelico nella cute traslata all'altezza originaria.

Nei pazienti in cui l'eccesso tissutale da asportare è minore viene di solito eseguita la cosiddetta "mini-addominoplastica", senza alcuna disinserzione o modificazione della posizione dell'ombelico, oppure con un suo moderato riposizionamento verso il basso.

Durante l'intervento di addominoplastica è possibile anche correggere eventuali indebolimenti o alterazioni della parete muscolare nella stessa area, generalmente caratterizzati da diastasi dei muscoli retti con ernie e laparoceli, frequenti, ad esempio, in pazienti con pregressi interventi chirurgici addominali o in donne che abbiano avuto gravidanze multiple o un eccessivo aumento della pressione intra-addominale. È possibile, se necessario, associare all'addominoplastica anche interventi intra-addominali (colecistectomia, isterectomia, ecc.), però con un proporzionale aumento dei rischi.

Il candidato ideale per un'addominoplastica è un soggetto caratterizzato da una situazione clinica stabile, che abbia uno stile di vita adatto al mantenimento del risultato raggiunto.

6. Controindicazioni cliniche

Condizioni generali scadenti o abitudini inadatte del paziente possono costituire fattori controindicanti l'intervento, in maniera assoluta o relativa.

Sono controindicazioni assolute malattie sistemiche di severa entità quali coronaropatia con cardiopatia ischemica, angina instabile, aritmie refrattarie, insufficienza respiratoria grave, insufficienza renale, insufficienza epatica, diabete scompensato, ecc. In generale, l'intervento è da evitare

in pazienti con condizioni cliniche scadenti (ASA 2-3) che non permettano di sottoporli ad anestesia generale o di affrontare un intervento che comporta un'anemizzazione postoperatoria.

Nelle controindicazioni relative il chirurgo darà al paziente consigli terapeutici e comportamentali, che possano ridurre il rischio di complicanze postoperatorie. Il fumo e il diabete possono comportare difficoltà di guarigione delle ferite; è pertanto consigliabile interrompere il fumo almeno trenta giorni prima dell'intervento e, in caso di diabete, è raccomandato mantenere un livello glicemico corretto con terapia insulinica o ipoglicemizzante orale. Occorre valutare comunque con estrema attenzione i pazienti diabetici e decidere insieme a loro e ai medici che li seguono se è opportuno sottoporli a questo genere di operazioni. Nella donna, la terapia estroprogestinica può aumentare il rischio tromboembolico ed è quindi conveniente sospenderla trenta giorni prima dell'addominoplastica. Terapie farmacologiche a base di acido acetilsalicilico o di farmaci antiinfiammatori non-steroidi espongono maggiormente a rischio di emorragia e vanno sospese almeno quindici giorni prima dell'intervento.

Precedenti interventi chirurgici addominali possono aver creato cicatrici molto estese compromettendo la vascolarizzazione del lembo addominale. In questi casi è opportuno che il chirurgo valuti con attenzione le possibili complicanze ischemiche ed eventualmente proponga al paziente un'incisione alternativa.

Nelle pazienti di sesso femminile che hanno in programma a breve termine una gravidanza si consiglia sempre di rimandare l'intervento. Infatti, pur non essendo controindicata in termini assoluti, la gravidanza futura potrebbe compromettere gravemente il risultato dell'addominoplastica, specie in caso sia stata eseguito un rinforzo della parete muscolare.

7. Alternative terapeutiche

Non esistono alternative efficaci ad un intervento di addominoplastica qualora, oltre

che alla rimozione del tessuto adiposo, sia indispensabile procedere anche all'asportazione della cute in eccesso o correggere la parete muscolare incontinente.

Solo in quei soggetti che lamentano pelle moderatamente anelastica possono risultare talvolta d'aiuto quei trattamenti non chirurgici che prevedono l'utilizzo di macchinari con finalità "rassodanti" e lipolitiche. Occorre comunque sottolineare che queste attrezzature possono al più offrire (in maniera incostante) risultati non paragonabili a quelli dell'intervento chirurgico. La sola lipoaspirazione addominale può essere indicata unicamente nei pazienti con cute elastica, in grado quindi di riadattarsi dopo l'intervento alla zona trattata.

8. Esiti cicatriziali standard

Gli esiti cicatriziali dell'addominoplastica variano secondo la metodica utilizzata. Nella tecnica tradizionale residua di solito una cicatrice attorno all'ombelico e un'altra trasversale sovra-pubica, di solito a concavità superiore o a W, in genere estesa lateralmente fino alle due spine iliache antero-superiori e comunque di lunghezza variabile in rapporto all'entità della correzione effettuata.

Per consentire una miglior redistribuzione dei margini cutanei e una riduzione della tensione a livello della cicatrice sovra-pubica, talvolta può essere necessaria una piccola cicatrice mediana verticale che risale per alcuni centimetri verso l'ombelico. Più raramente, negli addomi di maggior volume con marcata flaccidità cutanea, questa incisione verticale può essere estesa fino a raggiungere l'ombelico o, in casi eccezionali, lo sterno, con un esito cicatriziale finale a forma di lunga "T" invertita.

In rari casi si può rimuovere cute in eccesso attraverso incisioni poste in altre sedi, ad esempio lungo i solchi infra-mammari, con lo scopo di migliorare l'aspetto della regione epigastrica. Talvolta si deve ricorrere a incisioni particolarmente estese, praticate in diverse aree come, ad esempio, quelle che causano esiti cicatriziali in forma di "H

sdraiato” nelle gravissime flaccidità cutanee dell'ex-obeso.

In caso di “mini-addominoplastica” non è presente la cicatrice periombelicale ma solo quella sovra-pubica, di solito di lunghezza inferiore a quella dell'addominoplastica classica.

9. Prima medicazione e rimozione punti

Le medicazioni e la rimozione dei punti di sutura possono variare caso per caso, in base alla tipologia di materiali e metodi usati per accostare i tessuti in superficie e in profondità. Vengono sempre eseguite suture che rispondono a requisiti funzionali e a criteri estetici, riducendo gli spazi morti e la tensione tra i due lembi, per poter ottenere guarigione e cicatrizzazione ottimali.

Generalmente la prima medicazione è praticata entro 7 giorni dall'intervento a seconda del decorso operatorio e postoperatorio.

Se sono presenti suture esterne, in generale la loro rimozione dovrebbe avvenire precocemente, entro 7-10 giorni dall'intervento, mentre nella cicatrice dell'ombelico possono eventualmente rimanere più a lungo. Se opportuno, il chirurgo colloca nell'area di dissezione uno o più drenaggi aspirativi, che sono rimossi quando l'attività drenante non è più significativa. Il paziente è invitato a indossare una guaina elasto-compressiva per un periodo variabile di 2-4 settimane.

10. Gestione delle principali e più frequenti complicazioni post-operatorie

Le complicanze dopo addominoplastica possono essere precoci o tardive e di minore o maggiore gravità.

Complicanze precoci maggiori:

a) Emorragia postoperatoria. Può verificarsi per sanguinamento arterioso o venoso con anemizzazione progressiva: è indispensabile reintervenire rapidamente bloccando il san-

guinamento con opportune suture o coagulazioni. Se è presente un grave stato di anemia, si deve fare una trasfusione sanguigna.

b) Infezione. Antibioticoterapia mirata previo tampone per esame colturale ed antibiogramma specifico, drenaggio chirurgico di eventuali ascessi, medicazioni ripetute fino alla guarigione.

c) Deiscenze delle ferite. Medicazioni ripetute, controllo del processo riparativo ed eventuale nuova sutura.

d) Necrosi ischemica delle ferite. Medicazioni ripetute con progressiva detersione dell'area necrotica e controllo del processo riparativo. Infine eventuale nuova sutura dei margini sani o innesto, in caso di aree necrotiche molto ampie.

Complicanze precoci minori:

a) Sieromi. Aspirazione ripetuta della raccolta sierosa fino alla sua completa estinzione. A volte può essere necessario riaprire un tratto della ferita e detergere le pareti della cavità chirurgica. Considerare un prolungamento dell'antibioticoterapia.

b) Ematomi. In caso di ematomi di minima entità ci si può limitare ad aspirare anche ripetutamente la raccolta ematica fino alla sua estinzione. Ematomi maggiori prevedono invece la riapertura di almeno un tratto della ferita chirurgica con drenaggio ed eventuale coagulazione dei vasi sanguinanti. E' sempre preferibile prolungare l'antibioticoterapia.

c) Ischemie parcellari delle ferite. Medicazioni quotidiane, eventuale toilette chirurgica e medicazioni fino a completa riepitelizzazione.

Complicanze tardive maggiori:

a) Ipo/anestesia cutanea estesa permanente: Sono rare e non sono trattabili efficacemente con alcuna terapia.

b) Recidiva di laparocele o di diastasi muscolari. Re-intervento chirurgico con eventuale utilizzo di mesh sintetiche o di “matrici dermiche acellulari”(ADM).

c) Liponecrosi. Di solito si manifestano con fuoriuscita di liquido oleoso dalla ferita; Oc-

corre effettuare medicazioni ripetute, controllando il processo riparativo ed eventualmente eseguendo una nuova sutura chirurgica.

d) Cicatrici ipertrofiche o cheloidee. Infiltrazioni cortisoniche (triamcinolone), applicazione di silicone in gel o cerotto, laser non ablativi, lipostruttura e infine eventuale escissione chirurgica. La terapia è scarsamente efficace in caso di veri cheloidi.

Complicanze tardive minori:

a) Ipoestesi cutanee permanenti a "macchia di leopardo". Nessun trattamento. Talvolta negli anni il problema tende a ridimensionarsi spontaneamente.

b) Protrusione ad "orecchio di cane" delle estremità delle cicatrici. Correzione chirurgica ambulatoriale in anestesia locale, rimuovendo opportunamente piccole quantità di tessuto cutaneo e adiposo ed eseguendo una nuova breve sutura.

c) Diversità di spessore dei due lembi cutaneo-adiposi della ferita (effetto "scalino") e/o adiposità residue. E' opportuno valutare la situazione dopo la regressione dell'edema postoperatorio e procedere a un'eventuale lipoaspirazione selettiva e/o a una revisione della cicatrice diversi mesi dopo l'intervento.

d) Cicatrici troppo larghe o di scarsa qualità. A tempo debito si può eseguire un'eventuale revisione parcellare in anestesia locale.

La dermolipectomia della regione mediale delle cosce (lifting delle cosce)

1. Breve definizione del tipo di intervento chirurgico

Il "lifting" o dermolipectomia della regione mediale delle cosce è l'intervento chirurgico che ha lo scopo di correggere la flaccidità e/o l'eccesso di pelle della regione supero-mediale delle cosce. Esso può essere associato a liposuzione quando, oltre ai suddetti difetti cutanei, nella medesima zona si riscontrano anche una lipodistrofia (eccesso di adiposità) suscettibile di miglioramento chirurgico. L'obiettivo è il miglioramento della tensione cutanea e, nei casi di "obesità" rizomelica, anche la riduzione del volume delle cosce.

Se si riscontra flaccidità e/o eccesso di cute anche nell'area addominale, è possibile combinare in un unico intervento lifting delle cosce e addominoplastica, sempre che l'impegno chirurgico risultante non sia eccessivo.

2. Esami pre-operatori

Ogni candidato a questo intervento deve essere sottoposto ai consueti esami pre-operatori, comprendenti test ematochimici, ECG, eventuale Rx torace, ecc.. Una valutazione particolarmente attenta deve essere effettuata per i pazienti che hanno subito forti dimagrimenti, per gli obesi e nei casi di interventi associati.

Quando si prevede una riduzione dermo-adiposa circonferenziale, è d'obbligo lo studio del sistema venoso e consigliabile una profilassi per la trombosi venosa profonda (TVP). Se indicata, alla dermolipectomia della parete mediale delle cosce può essere associata anche una safenectomia.

3. Tipo di anestesia e conseguenti modalità di ricovero

La modalità del ricovero (ambulatoriale, day-hospital o ricovero con pernottamento)

dipende sia dall'entità dell'intervento, che dall'età e dalle condizioni generali del paziente e conseguentemente anche dal tipo di anestesia che può essere locale o spinale, con sedazione e respirazione spontanea, o generale con respirazione assistita.

4. Profilassi antibiotica e profilassi antitrombotica

In genere si comincia a somministrare la terapia antibiotica per via endovenosa prima dell'inizio dell'intervento e la si prosegue nel post-operatorio per via orale insieme a un'eventuale terapia antinfiammatoria fibrinolitica.

Nei casi di obesità e in quelli di flaccidità cutanea severa, in cui l'aggressività chirurgica è forzatamente maggiore e la durata dell'intervento più lunga, si può prendere in considerazione anche la profilassi della TVP.

5. Indicazioni cliniche

Il "lifting" o dermolipectomia della regione mediale delle cosce ha la funzione di migliorare la tensione della pelle nelle flaccidità cutaneo-adipose refrattarie ad altre metodiche. Lo stesso intervento può avere anche uno scopo prevalentemente funzionale, come nelle grandi riduzioni di eccessi cutanei e/o adiposi delle radici delle cosce che possono dare disturbi severi. Considerata l'entità delle cicatrici che residuano, l'intervento trova però indicazione solo in quei casi in cui siano presenti significativi eccessi cutanei.

Il paziente deve essere ben informato sugli aspetti tecnici dell'intervento, come l'ancoraggio dei lembi, la posizione delle cicatrici e la loro evoluzione nel tempo. Deve essere anche consapevole che il manteni-

mento della posizione ideale delle cicatrici e la qualità generale del risultato finale dipendono molto dalla sua collaborazione nel post-operatorio.

6. Controindicazioni cliniche

Rappresentano controindicazioni assolute all'intervento le patologie cutanee micotiche o batteriche dei solchi inguino-crurali e/o dei genitali.

L'intervento è sconsigliabile in caso di aspettative non realistiche. Il paziente deve essere molto motivato e soprattutto consapevole della posizione e della qualità variabile delle cicatrici residue, in particolare in quegli interventi eseguiti a scopo estetico. Deve anche rendersi conto che l'operazione può rimettere in tensione (pur nei limiti) la pelle rilassata, ma che non è in grado di ripristinare il tono cutaneo presente in gioventù o prima delle variazioni ponderali.

7. Alternative terapeutiche

Tranne che nei casi di lievissima flaccidità cutanea, in cui la radiofrequenza potrebbe apportare un leggero miglioramento, per correggere questo tipo di difetto non esiste una terapia alternativa all'intervento chirurgico.

8. Esiti cicatriziali standard

L'intervento è basato sull'exeresi dell'eccesso cutaneo della regione mediale delle cosce.

Nelle correzioni più semplici, che hanno come obiettivo essenzialmente il miglioramento della tensione cutanea della regione supero-mediale delle cosce, le cicatrici sono posizionate nei solchi inguino-cruro-glutei (ICG). A livello inguinale queste possono dirigersi in alto verso il pube oppure orientarsi più esternamente, qualora si desideri tentare di migliorare anche le regioni antero-superiori delle cosce.

A seconda della gravità del problema e

dell'entità della correzione richiesta, può essere necessario aggiungere anche una cicatrice verticale lungo la coscia che, partendo da quella crurale si porta in basso quasi perpendicolarmente rispetto a quest'ultima (a "T"), talvolta sino a raggiungere la faccia mediale del ginocchio, come avviene nelle riduzioni circonferenziali.

Quando alla lassità cutanea si abbina un'ipertrofia del pannicolo adiposo, conviene generalmente far precedere il lifting da una liposuzione nella medesima area anatomica, al fine di ridurre la morbilità del procedimento.

Abitualmente non è necessario ricorrere a drenaggi, poiché non si creano spazi morti.

9. Prima medicazione e rimozione punti

E' consigliabile la deambulazione precoce, possibilmente già poche ore dopo la fine dell'intervento. Il catetere vescicale può essere rimosso non appena il paziente sia in grado di alzarsi, così come la medicazione lungo la piega inguino-crurale, in modo che le ferite lasciate scoperte possano asciugarsi più facilmente. Le medicazioni verticali lungo la coscia di solito sono rimosse entro 1-2 settimane dall'intervento. Se presenti, le suture esterne nella piega sono generalmente asportate entro il settimo giorno post-operatorio per evitare che contribuiscano alla macerazione cutanea.

Nel caso si abbinino al lifting una liposuzione, è conveniente che siano usate continuamente calze elastiche contenitive a compressione graduata, di solito per 15-30 giorni. È consigliabile anche un ciclo di massaggi linfo-drenanti, in particolare nei casi in cui al lifting sia stata abbinata una liposuzione, iniziando solitamente una settimana dopo l'intervento.

10. Gestione delle principali e più frequenti complicazioni post-operatorie

Le complicazioni gravi di carattere generale, quali embolie polmonari o infezio-

ni massive, sono estremamente rare dopo questo intervento.

Anche le complicazioni specifiche del post-operatorio immediato quali infezione locale, ematoma e necrosi cutanea sono piuttosto infrequenti. Le suture della regione crurale, a livello dei punti di ancoraggio, possono andare incontro a decubito a seguito di fenomeni di macerazione, che peraltro di solito si risolvono con esiti minimi, se il problema è trattato con frequenti ed accurate medicazioni detergenti/disinfettanti. In caso di diastasi residue rilevanti, è possibile provare a restringere la cicatrice a distanza di alcuni mesi.

Alterazioni della sensibilità della parte interna delle cosce (anestesia, ipoestesia, e iperestesia) sono in genere passeggera.

La più grave fra le possibili complicanze di questo intervento è la migrazione caudale della cicatrice. Se compare immedia-

tamente dopo l'operazione significa che probabilmente è stata applicata tensione eccessiva ai bordi della ferita oppure che il lembo inferiore non è stato ancorato adeguatamente. Quando accade a distanza di mesi dall'intervento, generalmente è dovuta a un cedimento della sutura di ancoraggio e pertanto è suscettibile di reintervento.

Al fine di evitare o limitare la discesa della cicatrice dalla posizione ideale nel solco inguino-crurale, sono di fondamentale importanza il fissaggio dei lembi cutanei e le attenzioni nel postoperatorio da parte del paziente nel limitare il più possibile i movimenti di abduzione degli arti inferiori. Un solido ancoraggio profondo, non limitato al margine caudale della ferita, ma esteso anche a quello cefalico, consentirà inoltre di evitare un innaturale allargamento dell'ostio vaginale.

La dermolipectomia (o lifting) delle braccia

1. Breve definizione del tipo di intervento chirurgico

Il “lifting”o dermolipectomia delle braccia rappresenta l'intervento chirurgico correttivo della flaccidità e/o dell'eccesso cutaneo di questa regione anatomica. Può essere associato a liposuzione quando, oltre ai suddetti difetti, sussista anche una lipodistrofia. Questo tipo di intervento ha come obiettivo un miglioramento della tensione cutanea e, nei casi di ipertrofia del pannicolo adiposo, anche una riduzione del volume delle braccia.

2. Esami pre-operatori

Ogni candidato a questa operazione deve essere sottoposto ai consueti test pre-operatori, comprendenti esami ematochimici, ECG ed eventuale Rx torace per i fumatori. Inoltre è necessario valutare con particolare attenzione i pazienti che hanno subito forti dimagrimenti, quelli obesi e quelli che richiedono interventi multipli.

3. Tipo di anestesia e modalità di ricovero

La modalità del ricovero (ambulatoriale, in day-hospital o prolungato), dipende dall'entità dell' intervento, dall'età e dalle condizioni generali del paziente e anche dal tipo di anestesia. Quest'ultima infatti potrà essere locale pura, locale con sedazione e respirazione spontanea o generale con respirazione assistita.

4. Profilassi antibiotica

Si inizia a somministrare la terapia antibiotica ancor prima di cominciare l'inter-

vento per via endovenosa e la si prosegue nel post-operatorio per via orale insieme alla terapia antinfiammatoria fibrinolitica.

5. Indicazioni cliniche

Il “lifting”o dermolipectomia della regione mediale delle braccia è indicato sia a scopo estetico, per migliorare il tono cutaneo nelle flaccidità refrattarie ad altre metodiche, che funzionale, come nelle grandi riduzioni di eccessi cutanei e/o adiposi. Vista l'entità delle cicatrici che residuano, l'intervento trova la sua indicazione nei casi di eccessi cutanei veramente rilevanti. Il paziente deve essere ben informato riguardo alla posizione delle cicatrici e alla loro evoluzione nel tempo; inoltre deve essere consapevole che la loro qualità finale dipende dalla sua specifica capacità rigenerativa anche dalla sua collaborazione nel post-operatorio.

6. Controindicazioni cliniche

L'intervento è sconsigliabile in caso di pregressa linfadenectomia ascellare ed è inoltre da evitare se il paziente ha aspettative non realistiche. Al contrario deve essere altamente motivato, ben informato e consapevole che le cicatrici sono permanenti e possono essere di qualità variabile.

7. Alternative terapeutiche

Tranne che per casi di lievi flaccidità cutanea, in cui la radiofrequenza potrebbe apportare un moderato miglioramento, per questo tipo di problematica non esiste una terapia alternativa all'intervento chirurgico.

8. Esiti cicatriziali standard

L'intervento è effettuato mediante exeresi cutanea nella regione mediale delle braccia e/o nelle ascelle. In genere si cerca di far coincidere le cicatrici con il solco bicipitale mediale, ma ciò che più conta è che siano meno visibili possibile osservando le braccia da ogni prospettiva. Esse iniziano dal cavo ascellare e si prolungano nella faccia mediale del braccio verso il gomito, per un tratto variabile secondo l'estensione dell'eccesso cutaneo. Le cicatrici ascellari possono essere lineari o spezzate a "Z" per ridurre la tensione cutanea e diminuire la possibilità d'ipertrofia. Se il pannicolo adiposo appare eccessivamente spesso, l'intervento di lifting può essere associato a liposuzione sia nella regione mediale delle braccia che, se necessario, in quella laterale, al fine di ridurre il volume del grasso e la tensione sui bordi della ferita. Questa operazione non comporta generalmente la creazione di spazi morti e quindi, solitamente, non sono necessari drenaggi.

9. Prima medicazione e rimozione punti

Le medicazioni ascellari in genere vengono rimosse il giorno successivo all'intervento e le ferite sono lasciate scoperte in modo che possano più facilmente detergersi e asciugarsi. Le medicazioni che coprono le ferite lungo le braccia in genere sono asportate dopo circa una settimana, così come le suture esterne, se presenti.

10. Gestione delle principali e più frequenti complicazioni post-operatorie

In questo tipo d'intervento è importante che le cicatrici siano meno visibili possibile e a tale scopo è opportuno verificare attentamente che il disegno pre-operatorio permetta di posizionarle in modo tale che con le braccia addotte siano ben nascoste, meglio se in maniera simmetrica.

E' preferibile evitare di caricare eccessiva tensione sui bordi delle ferite, in modo da ridurre la deposizione di quantità eccessive di collagene e la conseguente formazione di cicatrici ipertrofiche. Inoltre è opportuno usare prudenza nel lipoaspirare contemporaneamente altre regioni delle braccia perché l'edema nel post-operatorio può ostacolare il ritorno venoso e il drenaggio linfatico, causando gonfiore nelle parti declivi, in particolare nelle mani. Il paziente deve limitare i movimenti di abduzione degli arti per un lungo periodo, al fine di contribuire a ridurre l'insorgenza dell'ipertrofia cicatriziale, che è comunque frequente, soprattutto a partire dal terzo mese post-operatorio. In buona parte dei casi la cicatrice tende poi all'involuzione fino al sesto-nono mese e successivamente inizia a schiarirsi fino ad assomigliare, di solito, ad una accettabile smagliatura. E' comunque necessario prevedere anche la possibilità di una stabilizzazione dell'ipertrofia, con la conseguente necessità dei consueti trattamenti, fino all'eventuale revisione chirurgica, peraltro non sempre realmente utile.

La gluteoplastica

1. Breve definizione dell'intervento chirurgico

La chirurgia plastica estetica dei glutei include numerosi tipi di intervento che hanno lo scopo di rimodellare le natiche; solitamente viene realizzata mediante l'abbinamento complementare di differenti tecniche a seconda del tipo di inestetismo da correggere.

a) Riduzione dei glutei: utilizzata in caso di eccesso di grasso localizzato e disarmonia del profilo corporeo. Viene effettuata tramite lipoaspirazione, liposcultura (liposuzione + innesti adiposi) o rimozione chirurgica dei tessuti molli sovrabbondanti.

b) Aumento dei glutei (o gluteoplastica additiva): mirato alla ricostruzione del gluteo ipoplasico, piatto o troppo piccolo e sproporzionato rispetto al resto del corpo, spesso in presenza di tessuti poco tonici. Le tecniche più utilizzate sono l'impianto di protesi, il trasferimento di tessuto adiposo (lipofilling o lipostruttura) e le infiltrazioni di acido ialuronico.

L'intervento di auto-lipo-innesto viene eseguito previa aspirazione di tessuto adiposo dalle aree donatrici. Il grasso è poi innestato, previo adeguato trattamento, mediante siringhe con sottili cannule nei tessuti profondi e superficiali dei glutei.

L'impianto di acido ialuronico avviene attraverso l'introduzione di piccoli aghi-cannula attraverso cui s'inietta il materiale nelle aree da riempire. Si può utilizzare, oltre che per ripristinare moderatamente il volume e la proiezione della regione glutea, anche per riempire depressioni post-traumatiche e post-chirurgiche. Quest'ultimo trattamento non è permanente e per mantenere il risultato nel tempo saranno quindi necessari eventuali ulteriori impianti dello stesso materiale.

c) Lifting dei glutei: implica la rimozione dell'eccesso cutaneo/adiposo della parte superiore della regione glutea, eseguendo un'escissione a losanga dei tessuti molli a

tutto spessore, oppure una semplice disepidermizzazione della stessa area seguita da uno spostamento verso l'alto della porzione ptotica, che viene sovrapposta alla porzione cefalica delle natiche. Questa tecnica permette di sollevare i tessuti ptotici e contemporaneamente di aumentare la proiezione dei glutei. L'intervento può estendersi, se necessario, oltre il fianco sino all'addome. Nel caso del lifting circonferenziale le incisioni possono seguire l'intera circonferenza del tronco e delle cosce.

Spesso è opportuno combinare queste tecniche con una lipoaspirazione selettiva.

Per correggere una moderata ptosi cutanea a livello del solco infra-gluteo, una doppia piega, eventuali asimmetrie, o anche per accorciare l'altezza della natica, si può eseguire un'escissione trasversale (orizzontale) a losanga nella porzione inferiore del gluteo. Essa si estende lungo il solco infra-gluteo con lunghezza variabile, a seconda dell'entità del problema da trattare, creando un nuovo solco e producendo una sorta di "effetto-lifting", al prezzo però di una cicatrice spesso piuttosto visibile.

Fili di sospensione possono essere posizionati attraverso un'incisione cutanea mediana tra i glutei e distribuiti a ventaglio verso il solco gluteo. Trascorso un opportuno periodo di tempo al fine di stabilizzare la posizione dei fili, essi possono essere messi in tensione producendo un sollevamento del gluteo stesso con efficacia variabile (di solito modesta).

2. Esami preoperatori

Prima dell'intervento è consigliabile che siano eseguiti i consueti esami pre-operatori: test ematici di routine chirurgica con valutazione coagulativa ed ECG. Deve essere raccolta un'anamnesi accurata comprensiva di eventuali terapie in atto (farmacologiche, omeopatiche o fitoterapiche), segnalando anche le allergie note.

3. Tipo di anestesia e conseguenti modalità di ricovero

Questi interventi si possono eseguire in anestesia locale, con o senza sedazione, così come in anestesia loco-regionale, peridurale, spinale o generale. Qualunque sia il tipo di anestesia utilizzata, prima dell'inizio dell'intervento le zone da trattare sono generalmente infiltrate con quantità variabili di liquidi associati ad anestetici locali e sostanze vasocostrittrici.

E' consigliabile eseguire l'intervento in regime ambulatoriale solo se è limitato alla modellazione dei glutei con liposcultura (liposuzione ed eventuale contemporaneo innesto di grasso), o all'inserimento dei fili di sospensione; in caso di veri e propri lifting chirurgici o di impianto di protesi è preferibile il ricovero in day surgery o il ricovero ordinario.

4. Profilassi antibiotica e profilassi antitrombotica

Tranne che negli interventi minori, generalmente è sempre opportuno eseguire una profilassi antibiotica, da iniziare preferibilmente nella fase pre-operatoria e da continuare per circa sette giorni dopo l'intervento.

Può essere auspicabile anche una terapia antiflogistica/analgesica con assunzione programmata e regolare di farmaci, al fine di ridurre la reazione infiammatoria anche in assenza di reali dolori.

Bisogna tener conto di pregressi episodi trombo-embolici, specie negli interventi in anestesia generale.

La compressione pneumatica intermittente degli arti inferiori o l'utilizzo di calze elastiche a compressione graduata in genere può sostituire la profilassi antitrombotica farmacologica, specie se il paziente è in grado di deambulare poche ore dopo la fine dell'intervento.

In genere quindi la profilassi antitrombotica non è indispensabile se l'intervento è eseguito in anestesia locale e, soprattutto, se il paziente non è allettato a lungo. Viceversa è consigliabile in caso di gluteoplastica additiva e di lifting estesi.

5. Indicazioni cliniche

Si ricorre alla lipoaspirazione/liposcultura per migliorare il contorno dei glutei e delle aree limitrofe (fianchi e cosce). Questo trattamento non è in grado di tendere la pelle rilassata, il cui aspetto potrebbe viceversa peggiorare, né elimina la cosiddetta "cellulite", caratterizzata dalla presenza di irregolarità superficiali. Talvolta è quindi necessario abbinarlo alla rimozione chirurgica della cute in eccesso.

Si ricorre alla gluteoplastica additiva per migliorare l'ipotrofia/atrofia dell'area glutea accompagnata da eventuale lieve ptosi, dovuta a iposviluppo del pannicolo adiposo e/o delle masse muscolari. In taluni casi lo stesso intervento può correggere anche la perdita di pienezza, rotondità e proiezione delle natiche, provocata da dimagrimenti e/o dall'invecchiamento. In caso sia associata all'ipotrofia anche una ptosi e/o un'asimmetria dei tessuti molli conviene considerare un intervento di lifting dei glutei (o gluteopessi), talvolta in grado di risolvere da solo quel genere di difetti.

6. Controindicazioni cliniche

Sono considerati scarsamente o affatto idonei a modellamento chirurgico delle natiche:

— i soggetti che siano stati sottoposti a radioterapia nell'area glutea e/o in cui si riscontrino ampie cicatrici nella medesima zona. In tali casi è eventualmente opportuno sottolineare adeguatamente le difficoltà e i limiti ad ottenere risultati estetici adeguati.

— i soggetti che siano affetti da malattie cutanee attive, infiammazioni o condizioni correlate come infezione, psoriasi e herpes zoster in prossimità dell'area glutea da trattare.

7. Alternative terapeutiche

In caso d'ipertrofia del pannicolo adiposo di lieve entità si può ricorrere a cavitazione, criolipolisi, mesoterapia, ultrasuoni,

pressoterapia, ozonoterapia, etc., che però sono in grado di dare solo miglioramenti modesti, incostanti e transitori.

Lievi lassità cutanee possono essere trattate con radiofrequenza o infrarossi, con risultati comunque non paragonabili a quelli della chirurgia.

8. Esiti cicatriziali standard

L'introduzione di cannule per modellare il tessuto adiposo lascia piccolissime cicatrici nelle aree trattate, anche se talvolta in numero notevole. A causa di un'eccessiva reattività cutanea, anche queste cicatrici possono risultare arrossate, pigmentate e rilevate (cicatrici ipertrofiche e cheloidee). Spesso questi fenomeni sono semplicemente legati alla frizione della cannula sui margini dell'incisione cutanea.

La gluteoplastica additiva produce una cicatrice cutanea la cui estensione dipende dalle dimensioni delle protesi. La cicatrice verticale, posta nella piega interglutea, può rendersi più visibile flettendo il busto in avanti. Col passare delle settimane può allargarsi (diastasi) sia per una predisposizione individuale, che per la tensione causata degli impianti. In taluni rari casi anche in questa sede si possono sviluppare cicatrici ipertrofiche o cheloidee. Si tratta di un'evenienza di raro riscontro e non prevedibile. Si può tentare di correggere le cicatrici di cattiva qualità con steroidi intralesionali o con un intervento di revisione, anche in anestesia locale, dopo aver atteso un adeguato lasso di tempo. Analoghe considerazioni si possono fare per le lunghe cicatrici trasversali necessarie a effettuare il lifting dei glutei, che comunque tendono ad allargarsi più frequentemente delle altre.

9. Prima medicazione e rimozione punti

Nel caso della gluteoplastica additiva al termine dell'intervento possono essere inseriti uno o più drenaggi per lato. In ogni tipo d'intervento viene applicata una medi-

cazione e/o una guaina elasto-compressiva. I drenaggi, se presenti, sono rimossi generalmente il giorno successivo all'intervento. La prima medicazione si esegue di solito nel corso della prima settimana post-operatoria. La rimozione dei punti di sutura esterni, se presenti, in genere è effettuata tra 7 e 15 giorni dall'intervento. È necessario far mantenere un'accurata igiene personale a livello dell'area genitale e anale, facendo inoltre deambulare il paziente più precocemente possibile per prevenire le possibili complicanze tromboemboliche.

La prima doccia in genere può essere praticata poco dopo la prima medicazione, a patto che le ferite appaiano asciutte e ben chiuse e facendo comunque molta attenzione a non irritarle o a metterne in tensione i margini.

È consigliata l'astensione da attività sportive e dalla ginnastica per almeno 2 mesi e occorre ricordare al paziente che, in caso di impianto di protesi, non sarà più possibile eseguire iniezioni intramuscolari nei glutei.

10. Gestione delle principali e più frequenti complicanze postoperatorie

Anche la semplice lipoaspirazione può dare luogo a complicazioni, come ogni altro intervento. Il rischio di emorragie severe è molto basso, mentre è normale la presenza di moderati versamenti che si manifestano con ecchimosi, talvolta molto estese. Sieromi post-operatori possono essere ripetutamente aspirati sino all'estinzione con un grosso ago o una microcannula collegati a una siringa. Si possono anche manifestare fenomeni di steatonecrosi parziale o totale, con fuoriuscita precoce di liquido oleoso dalla ferita chirurgica, o con la possibile formazione a distanza di tempo di pseudo-cisti, noduli, fibrosi e calcificazioni. È necessario favorire il drenaggio del liquido e, se indicato, rimuovere chirurgicamente o mediante aspirazione eventuali noduli o pseudocisti adipose. Talvolta l'edema post-operatorio può perdurare molto a lungo. In tal caso è consigliabile favorire il suo riassorbimento con frequenti sedute di linfo-drenag-

gio e con antinfiammatori. La complicanza più frequente della liposuzione resta, come in ogni altra zona, la formazione d'irregolarità superficiali, che si può prevenire con un'aspirazione attenta e uniforme. In caso di elasticità cutanea insufficiente, residueranno comunque inevitabili ondulazioni legate all'eccesso di pelle. Al fine di minimizzare il rischio di trombo-embolie è molto importante la mobilizzazione precoce degli arti inferiori e la deambulazione lo stesso giorno dell'intervento.

Anche dopo interventi di lipostruttura si possono manifestare le suddette complicanze, ma la più frequente in questo caso è il "riassorbimento" parziale o totale del materiale innestato. Se ciò avvenisse, sarà possibile ripetere l'intervento sino a ottenere l'effetto desiderato in modo stabile. La gluteoplastica con protesi presenta un rischio di complicanze sensibilmente più alto rispetto alla maggioranza degli interventi di chirurgia plastica estetica. Data la stretta vicinanza con l'area genito- anale, le suture sono a rischio di contaminazione e quindi d'infezione. Un'infezione superficiale è trattata generalmente con antibiotici e medicazioni locali, mentre solo raramente è necessario ricorrere a una toilette chirurgica. Medicazioni frequenti nel post-operatorio, profilassi antibiotica e un'accorta igiene personale sono i migliori presidi per evitare questo tipo di complicanza. Anche dopo l'intervento di gluteoplastica additiva si possono raccogliere ematomi o sieromi. L'ematoma si manifesta con un gonfiore repentino accompagnato di solito da dolore intenso e può essere facilitato da un aumento della pressione arteriosa causato da sforzi fisici intensi, compresa l'attività sessuale. Il sieroma si manifesta con una sintomatologia meno acuta e spesso più tardiva. Il mantenimento prolungato del drenaggio, la medicazione elasto-compressiva e la moderazione dei movimenti nel postoperatorio possono contribuire a prevenire ematomi e sieromi. Ogni raccolta di sangue o di siero deve essere evacuata. Gli ematomi richiedono di solito un drenaggio chirurgico, riportando quindi il paziente in sala operatoria per un accurato svuotamento della raccolta con

revisione dell'emostasi. I sieromi possono essere aspirati con un'ago-cannula (meglio se eco-guidata), facendo bene attenzione a non danneggiare la protesi. Complicanze specifiche di questo intervento sono la deiscenza della ferita e il decubito delle protesi, che avviene raramente, in genere quando sono posizionate in piani anatomici troppo superficiali, oppure in carenza di attenzioni postoperatorie del paziente (decubito sacrale precoce). Altre complicanze specifiche sono la dislocazione e/o l'asimmetria, dovute alla creazione di un alloggiamento inadeguato o alla presenza di un ematoma o un sieroma che ha ampliato la dissezione effettuata nel corso dell'intervento; questo problema può essere provocato anche da una pressione legata a una precoce seduta prolungata nei primi giorni postoperatori. La dislocazione delle protesi può essere trattata e corretta solo da un nuovo intervento.

Le complicanze più comuni del lifting dei glutei riguardano la sua efficacia e la qualità delle cicatrici. Trattandosi di un intervento che si effettua solo in caso di grave lassità cutanea, non è sempre agevole calcolare esattamente la quantità di cute che è possibile rimuovere per ottenere una buona correzione della ptosi senza una cicatrice molto visibile (troppo lunga, troppo larga). Una correzione inadeguata comporta la necessità di un intervento secondario per completare il trattamento e ottenere un risultato adeguato sia per quanto riguarda l'efficacia della gluteopessi, che per la qualità delle cicatrici.

L'intervento di lifting eseguito utilizzando esclusivamente i cosiddetti fili di sospensione, dotati di estroflessioni (fili "barbuti") o di altri mezzi di presunto sostegno, è in grado di offrire minimi risultati e quindi la sua indicazione deve essere limitata a casi di ptosi assai moderata. Questi fili possono facilmente cedere alla tensione e alla pressione cui è sottoposta la regione glutea e nella maggior parte dei casi il risultato ottenuto è quindi modesto e temporaneo. Di conseguenza è importante informare adeguatamente il paziente dei limiti della tecnica per evitare che sia deluso dagli scarsi risultati.

L'innesto di tessuto adiposo (Lipofilling - lipostruttura)

1. Breve definizione del tipo di intervento chirurgico

L'innesto di tessuto adiposo (lipofilling o lipostruttura) viene eseguito in tre fasi successive e complementari. Dapprima si esegue un prelievo di tessuto adiposo con microcannule da un'area corporea che ne sia provvista; poi il grasso viene trattato opportunamente (centrifugazione, filtrazione, decantazione, ecc.) per separare la parte acquosa e oleosa dalla componente cellulostromale. Infine il materiale ottenuto (adipociti, pre-adipociti, SVF, GF, ecc.) è innestato nella nuova sede. Lo scopo di questi innesti è di ottenere o ripristinare un'adeguata imbottitura cutanea per correggere, ad esempio, depressioni, solchi o irregolarità nel viso o in altre sedi corporee, spesso connessi con un'atrofia del tessuto adiposo sottocutaneo, associata o meno ad una perdita di elasticità della cute.

Come per ogni autoinnesto, tutte le fasi del processo sono importanti e delicate ed è quindi necessario ricorrere a una tecnica molto accurata sia nel prelievo, che nel trattamento e nell'inserimento del tessuto adiposo, in modo da permetterne la miglior rivascolarizzazione possibile e, di conseguenza, la sua sopravvivenza e il conseguente attecchimento.

Gli autoinnesti adiposi sono efficaci (pur nei noti limiti) per l'incremento del volume delle aree atrofiche congenite e post-traumatiche o conseguenti a trattamenti medici o chirurgici. Sono utili anche per contrastare le alterazioni dei tessuti molli legate all'invecchiamento, caratterizzate dalla diminuzione dello spessore del pannicolo sottocutaneo. Gli innesti di grasso presentano il vantaggio di utilizzare un tessuto proprio, privo quindi di proprietà antigeniche, che però non sempre è disponibile in quantità adeguata. In genere l'innesto attecchisce solo parzialmente e può essere quindi opportuno considera-

re un'ipercorezione iniziale e/o trattamenti multipli. La qualità e la durata del risultato non sono facilmente prevedibili e attualmente non è ancora possibile affermare con certezza se il grasso è effettivamente in grado di "attecchire" o se viene prodotto ex-novo (almeno parzialmente) grazie ai cosiddetti fattori stromo-vascolari (svf), ai precursori e ai fattori di crescita presenti nell'innesto. Pare però indiscutibile che il grasso innestato possiede un effetto "rigenerativo", che può tornare utile per migliorare il trofismo tissutale. Questa caratteristica può essere sfruttata, ad esempio, per migliorare la qualità degli esiti cicatriziali superficiali e profondi.

2. Esami pre-operatori

Per i pazienti in buona salute (ASA 1), che devono essere sottoposti ad aspirazione e innesto di quantità moderate di tessuto adiposo in aree anatomiche ristrette (quindi in situazione di basso rischio), può essere sufficiente una valutazione clinica preoperatoria, senza obbligo di test emato-chimici o strumentali. Deve essere comunque raccolta sempre un'anamnesi, in cui saranno registrate, oltre alla storia clinica del paziente, anche eventuali allergie e terapie in atto. Per innesti più voluminosi e/o in presenza di patologie sistemiche significative (cardiopatie, pneumopatie, malattie dismetaboliche, ecc.) è invece indispensabile richiedere e valutare i consueti esami pre-operatori.

3. Tipo di anestesia e modalità di ricovero

L'innesto di tessuto adiposo è eseguito di solito in anestesia locale con o senza sedazione, secondo l'entità del grasso da prelevare. In base all'estensione delle aree da trattare e del volume di tessuto adiposo

aspirato l'operazione può essere eseguita in ambulatorio chirurgico o in day-surgery. È necessario ricorrere all'anestesia generale e a un'ospedalizzazione protratta solo in caso di innesti adiposi di importanti dimensioni o se la situazione generale del paziente le richiede. La scelta del tipo di anestesia e dell'eventuale modalità di ricovero è quindi variabile in relazione ad ogni singolo caso e deve essere effettuata a discrezione del chirurgo.

4. Profilassi antibiotica e profilassi antitrombotica

Se si deve eseguire l'innesto di una moderata quantità di grasso, la profilassi antibiotica in genere non è necessaria. Situazioni patologiche acute e croniche (coronaropatia con cardiopatia ischemica, angina instabile, aritmie refrattarie, insufficienza respiratoria grave, insufficienza renale, insufficienza epatica, diabete scompensato, ecc.) suggeriscono invece una copertura a largo spettro, sempre che si ritenga opportuno sottoporre pazienti non perfettamente sani a un intervento di chirurgia estetica.

In ogni caso il chirurgo darà al paziente consigli terapeutici e comportamentali che possano ridurre il rischio di complicanze postoperatorie. Tabagismo e diabete possono comportare, nel post-operatorio, difficoltà di guarigione e di attecchimento del grasso; è pertanto consigliabile interrompere il fumo almeno 30 giorni prima dell'intervento e, in caso di diabete, è raccomandato mantenere un livello glicemico corretto con terapia insulinica o ipoglicemizzante orale.

Terapie farmacologiche a base di acido acetilsalicilico o di farmaci antiinfiammatori non-steroidi espongono maggiormente a rischio di emorragia e vanno sospese almeno 15 giorni prima dell'intervento.

5. Indicazioni cliniche

L'auto-innesto di grasso trova indicazione quando è necessario aumentare il volume di una certa zona della faccia o del corpo. Può essere utilizzato sia per correggere un'ipo-

trofia congenita o post-traumatica del pannicolo adiposo, che per modificare l'aspetto e le dimensioni di particolari distretti corporei, come ad esempio, le mammelle, le natiche, gli zigomi, ecc. L'innesto di grasso può anche contribuire a correggere retrazioni e aderenze, nonché a migliorare l'aspetto di cicatrici patologiche, forse grazie alle cellule staminali che contiene.

6. Controindicazioni cliniche

L'intervento è da proscrivere in pazienti con condizioni cliniche scadenti (ASA 2-3). Conviene inoltre evitare di procedere ad auto-innesti di tessuto adiposo se il paziente non ha raggiunto una stabilità ponderale adeguata. Occorre anche notare che il prelievo di grasso in aree corporee ricoperte da cute scarsamente elastica potrebbe dare luogo a irregolarità superficiali. L'innesto di grasso nella regione mammaria, per quanto sostanzialmente approvato dalla comunità scientifica internazionale, deve essere sempre eseguito con particolari precauzioni.

7. Alternative terapeutiche

I filler assorbibili possono essere considerati alternative terapeutiche temporanee agli innesti adiposi per ottenere un aumento volumetrico dei tessuti molli, pur con precisi limiti quantitativi e senza capacità rigenerative. I filler non assorbibili in generale sono invece da evitare per l'alta incidenza di complicanze.

Anche le protesi alloplastiche sono in grado di apportare riempimenti stabili e sicuri in molti distretti (mammelle, mento, zigomi, angoli mandibolari, ecc), ma rispetto agli innesti adiposi sono meno versatili, hanno consistenza diversa e sono collocate spesso in posizioni differenti, offrendo quindi risultati non sovrapponibili.

8. Esiti cicatriziali standard

Saranno presenti alcune piccole cicatrici nelle aree di prelievo e in quelle d'innesto.

Nelle aree di prelievo le cicatrici, di solito in numero massimo di 3-4 per zona trattata, sono larghe circa 3-4 mm e sono mediamente di buona qualità. Talvolta possono risultare più visibili a causa della frizione provocata dalla cannula che danneggia i margini della piccola ferita, causando un'iperpigmentazione. In tal caso, dopo un adeguato lasso di tempo, potrà essere eseguita una semplice revisione chirurgica.

Gli esiti cicatriziali nelle aree d'innesto, anche se talvolta in numero maggiore, sono di dimensioni particolarmente ridotte e di solito di buona qualità, tanto da essere difficilmente riconoscibili.

Oltre alle piccole cicatrici, possono residuare sia nell'area di prelievo, che in quella d'innesto irregolarità dello spessore del sottocute, ondulazioni cutanee più o meno evidenti e asimmetrie fra i due lati, così come discromie cutanee (ipo-iperpigmentazioni) e alterazioni della sensibilità della pelle (ipoestesia, parestesie).

9. Prima medicazione e rimozione punti

Le medicazioni e la rimozione dei punti di sutura possono variare caso per caso, in base alla quantità di tessuto adiposo innestato e alla tipologia di materiali e metodi usati per il suo prelievo (spesso non sono usate suture per chiudere le piccolissime incisioni dell'area di prelievo e di innesto, ma semplicemente dei cerottini chirurgici, tipo Steristrip).

I mezzi di contenzione (collant elastici, guaine, bende elastiche adesive, cerotti, ecc) in genere sono rimossi da 1 a 4 settimane dopo l'intervento, mentre eventuali suture esterne possono essere asportate nel corso di un controllo 5-10 giorni dopo l'intervento.

10. Gestione delle principali e più frequenti complicazioni post-operatorie

Le complicanze dell'innesto di tessuto adiposo sono piuttosto rare.

La più comune, tanto da non essere nemmeno considerata una complicanza in senso stretto, è il "riassorbimento" del grasso innestato, che è imprevedibile. Per tale ragione è sempre opportuno spiegare bene al paziente che non è possibile dare garanzie assolute sulla qualità del risultato in termini di quantità di grasso attecchito e, di conseguenza, conviene prospettargli sedute operatorie multiple per avere maggiori chance di correggere il difetto.

Per quanto sia eseguita su pazienti in buono stato di salute, qualunque procedura chirurgica, compresa la lipoaspirazione seguita dall'innesto di grasso, comporta la possibilità di complicazioni, che vengono schematicamente riassunte di seguito.

a) Sanguinamento della ferita o, molto raramente, emorragia profonda. Eccezionalmente può essere richiesto un intervento chirurgico allo scopo di controllare l'emostasi.

b) Ematomi (raccolte di sangue in profondità). Altrettanto rari. Eventuali raccolte di materiale ematico devono essere evacuate attraverso una delle incisioni della lipoaspirazione ricorrendo, se necessario, all'ausilio di una cannula. La loro rimozione deve essere seguita da una medicazione compressiva.

c) Sieromi (raccolte di siero). Possono essere periodicamente aspirati con una siringa munita di un ago di calibro adeguato fino alla loro completa estinzione.

d) Infezione. Sintomi quali dolore, arrossamento cutaneo e gonfiore con o senza febbre devono far sospettare un'infezione, che di solito si manifesta anche con la fuoriuscita dall'incisione di pus. Occorre sempre facilitare il drenaggio degli essudati ed è indispensabile un'antibioticoterapia mirata su coltura batterica e antibiogramma.

e) Necrosi cutanea. Dato che per poter utilizzare il tessuto adiposo per il successivo innesto non si può ricorrere alla liposuzione ultrasonica, potenzialmente in grado di causare necrosi cutanee, si deve considerare questo tipo di complicanze veramente molto raro. Nel caso eccezionale che comunque si manifestasse, occorrerà attendere la guarigione tissutale, assistendo il

paziente con frequenti medicazioni. Successivamente si dovrà provvedere a risanare la situazione con interventi di plastica, previa eventuale espansione o tramite innesti cutanei e/o adiposi.

f) Edema persistente. Generalmente il gonfiore si risolve nel giro di alcuni mesi sia nell'area del prelievo, che in quella dell'innesto. Per favorire il riassorbimento dell'edema può essere utile ricorrere a sedute di linfodrenaggio, nonché all'applicazione di creme antiedemigene e all'assunzione di farmaci antinfiammatori.

g) Pigmentazione cutanea delle aree trattate. Questo fenomeno si può manifestare a livello della cicatrice, ma anche dell'area sottoposta ad aspirazione. Per prevenire l'iperpigmentazione della cicatrice conviene ricorrere a un protettore cutaneo o a un lubrificante; per l'area sottoposta a liposuzione occorre aspirare con molta regolarità, cercando di evitare, se possibile, di lavorare direttamente a contatto con il derma. Una volta che la discromia si è manifestata, conviene dapprima attendere che sbiadisca, raccomandando al paziente di utilizzare regolarmente filtri solari. In taluni casi si può tentare una terapia schiarente con prodotti specifici.

h) Irregolarità della superficie cutanea. Si possono manifestare sia nell'area donatrice, sia (meno frequentemente) nella ricevente. Possono essere connesse con un'aspirazione poco uniforme, ma anche con una scarsa elasticità cutanea. Si può tentare di correggerle con microliposuzioni selettive abbinate a innesti di grasso.

i) Accrescimento del grasso innestato. Se il paziente aumenta di peso, è possibile notare un accrescimento del volume del

grasso innestato. Per correggere questo problema si deve incoraggiare il paziente a perdere l'eccesso di peso acquisito oppure si può aspirare il grasso in esubero con una liposuzione mirata.

l) Formazione di cisti oleose. Non è raro assistere alla formazione di cisti oleose, specie quando si sono iniettate rilevanti quantità di grasso. E' spesso opportuno aspirarle o rimuoverle chirurgicamente, meglio quando la fibrosi post-operatoria si è almeno parzialmente risolta.

m) Fibrosi sottocutanea. Un certo indurimento dell'area trattata con liposuzione è normale ed è connesso, almeno parzialmente, con l'edema. Talvolta però l'indurimento può essere particolarmente intenso e perdurare anche parecchi mesi dopo l'intervento. In tal caso si tratta generalmente di fibrosi reattiva, da trattare con un massaggio deciso (linfodrenaggio e "connettivale"), ultrasuoni e, nei casi più ostinati, con infiltrazioni molto diluite di steroidi.

n) Innesto di grasso in quantità inadeguata e suo errato posizionamento. Non è per nulla facile stabilire quanto tessuto adiposo si deve innestare per ottenere un risultato ottimale. Occorre infatti calcolare che troppo grasso darà luogo a un riassorbimento eccessivo e/o alla formazione di cisti adipose, mentre una quantità insufficiente determinerà un risultato scarso o nullo. In caso ne resti troppo lo si dovrà rimuovere mediante liposuzione, ma dopo aver aspettato almeno 4-6 mesi, per potersi basare su un'adeguata stabilizzazione del risultato. Se ne manca, lo si può aggiungere e, se necessario, lo si può anche spostare da una zona all'altra con lo stesso metodo.

Si ringraziano per la collaborazione i seguenti soci AICPE:

Allegra Piergiorgio, Avventi Eugenia, Bachiorri Francesco, Basoccu Giulio, Bellinvia Pietro, Bovani Bruno, Brunelli Giovanni, Caccialanza Elio, Capone Alberto, Cecchini Giammatteo, Cravero Luca, De Giovanni Manuel, Del Gaudio Vincenzo, Emiliozzi Paola, Garassino Edoardo, Giannotti Giordano, Gibelli Pier Luigi, La Rusca Ivan, Leopizzi Giuseppe, Margara Andrea, Piccolo Stefano, Pizzamiglio Roberto, Prinzivalli Gianmario, Riitano Domenico, Romeo Francesco, Salti Giovanni, Santanchè Paolo, Siliprandi Luca, Tonini Davide.

