

# Informazioni generali

Ogni intervento chirurgico ha, come esito, la presenza di una o più cicatrici.

La cicatrizzazione è un fenomeno biologicamente complesso che si realizza attraverso fasi diverse. La maturazione è l'ultima di queste fasi e si protrae per molti mesi, talora per anni. E quindi evidente che il paziente dovrà attendere il tempo necessario per la stabilizzazione della cicatrice, prima di poterne osservare l'aspetto definitivo. Il chirurgo utilizzerà tutte le tecniche volte ad ottenere una buona cicatrice, sottile e situata allo stesso livello della cute circostante. Esistono, però, fattori che possono modificare il normale processo di cicatrizzazione; essi sono: le anomalie della vascolarizzazione e dell'innervazione, la carenza di proteine, l'uso di farmaci antineoplastici, la microangiopatia diabetica, il fumo di sigaretta. Esistono, inoltre, delle forme di cicatrizzazione patologica, sulla base di una predisposizione individuale, che possono determinare la formazione di una cicatrice ipertrofica o, nei casi più gravi, di una cicatrice cheloidea. Tale evento si realizza più facilmente in alcune sedi corporee quali la regione sternale, deltoidea, scapolare, ombelicale e pubica. Qualora dovesse verificarsi l'insorgenza di una cicatrice inestetica, sarà sempre possibile ottenere dei miglioramenti mediante terapia medica o chirurgica. E' bene tenere presente, inoltre, che qualsiasi procedura chirurgica – per quanto piccola e limitata possa essere ed eseguita su pazienti in buone condizioni generali – comporta sempre la non prevedibile possibilità di insorgenza di complicazioni generali il cui tipo e gravità sono anch'esse non prevedibili.

Statisticamente si può affermare che, per persone in buone condizioni generali i cui esami clinici non dimostrino alterazioni che possono aumentare il tasso di rischio, la possibilità di insorgenza di complicazioni gravi o gravissime è pressoché teorica. Le fotografie, infine, sono importanti in chirurgia plastica quale indispensabile elemento diagnostico. Esse verranno eseguite prima e dopo l'intervento e saranno allegate al fascicolo personale riservato della paziente quale documentazione clinica. Le fotografie pre-operatorie potranno essere utilizzate dal chirurgo per discutere l'intervento con i pazienti. Esse potranno anche essere utilizzate a scopo scientifico con assoluta garanzia dell'anonimato.

---

# Riduzione mammaria

## INFORMAZIONI GENERALI

La riduzione mammaria è un intervento predisposto al fine di migliorare l'aspetto di mammelle voluminose mediante la riduzione del loro volume e il loro rimodellamento. L'intervento produce inoltre la riduzione di sintomi quali dolore, senso di fastidio alle mammelle, alle spalle, al collo, ed alla porzione alta della colonna

vertebrale. Quantunque non conosciuta come l'intervento di mastoplastica additiva, la mastoplastica riduttiva è un intervento abbastanza comune e può produrre sostanziali benefici per molte pazienti.

La riduzione mammaria si esegue in ricovero e generalmente richiede due o tre giorni di ospedalizzazione. L'intervento dura circa 3 ore. La mammografia a volte può essere necessaria prima dell'intervento. Essa viene eseguita per assicurarsi che non siano presenti prima dell'intervento malattie della mammella. Eventuali lesioni benigne potranno essere asportate in corso di intervento.

**Il lavoro e le attività sociali** dovrebbero essere ridotte per almeno 2 settimane dopo l'intervento. Se il lavoro della paziente fosse tale da richiedere attività fisica quale sollevamenti, spinte, etc., sarà necessario un periodo di convalescenza più lungo.

La **guida** può essere ripresa 2 settimane dopo l'intervento.

#### L'INTERVENTO

L'intervento viene eseguito in anestesia generale che verrà praticata da un anestesista.

**Disegni e misurazioni.** Essi sono parti integranti ed essenziali in preparazione. L'intervento. Si eseguono prima dell'anestesia a paziente in posizione eretta; rappresentano una guida per le incisioni durante l'operazione quando la paziente è in posizione supina. L'intervento consiste nella rimozione di parte della cute e dei sottostanti tessuti della mammella, spostando l'areola più in alto e rimodellando i rimanenti tessuti in una configurazione più piccola e più alta. Le cicatrici lasciate da questo intervento, quantunque tendano a rendersi meno evidenti con il tempo, sono permanenti. Vi è una cicatrice circolare intorno all'areola, una nel solco sottomammario ed una cicatrice verticale che le unisce. Non vi sono cicatrici al di sopra dell'areola. Occasionalmente può essere necessaria una revisione delle cicatrici per ottenere un risultato estetico ottimale. Queste revisioni possono essere eseguite in anestesia locale con un piccolo intervento.

#### COSA ASPETTARSI DALL'INTERVENTO

Dolore. Raramente è intenso, più comunemente è rappresentato da senso di fastidio. Comunque, vengono prescritti analgesici, da assumere se necessario.

**Edema (gonfiore).** È presente in modesto grado; inizia a diminuire il terzo e quarto giorno dopo l'intervento e può persistere per settimane o anche mesi. Una medicazione di sostegno è praticata al momento dell'intervento e viene rimossa 48 ore dopo l'operazione per essere sostituita da una reggiseno confortevole del tipo utilizzato per attività sportiva, che dovrà essere indossato notte e giorno per 3 mesi. Un reggiseno del tipo necessario può essere fornito dallo studio quando verranno rimosse le medicazioni se la paziente ne farà richiesta. Le suture vengono rimosse parte in 5ª giornata e le rimanenti in 12ª giornata dopo l'operazione.

Le attività lavorative e sociali saranno abbastanza limitate per le prime due settimane dopo l'intervento. Se l'attività lavorativa richiederà un sollevamento di pesi o comunque lavori faticosi, potrà essere necessario un periodo di riposo più prolungato. Bisognerà evitare la guida dell'automobile per due settimane. In generale è bene che le pazienti che si sottopongono a mastoplastica riduttiva non cerchino di allattare dopo essere state operate. L'allattamento comunque, provoca un ingrossamento della mammella che vanificherà il risultato dell'operazione. In alcuni casi l'allattamento sarà impossibile per la rimozione di gran parte delle ghiandole.

#### PREPARAZIONE PRE-OPERATORIA

È consigliabile evitare contatti con persone con raffreddore o altre malattie infettive. È consigliabile evitare di assumere aspirina o farmaci che la contengano per 2 settimane prima e 2 settimane dopo l'intervento. Si consiglia alle pazienti in trattamento con contraccettivi orali di interrompere l'assunzione di tali farmaci un mese prima dell'operazione.

#### TRATTAMENTO POST-OPERATORIO

La medicazione verrà rimossa dal chirurgo e non deve essere disturbata dalla paziente prima che ciò avvenga. È consigliabile riposare quanto più possibile nella 1ª settimana per incrementare gradualmente l'attività nella seconda e terza settimana postoperatoria.

È consigliabile non sollevare le braccia sulla testa per 2 settimane ed evitare qualsiasi sforzo fisico per 3 settimane. Docce, bagni e shampoo saranno consentiti generalmente dopo una settimana. È consigliabile non trattenersi a lungo nella vasca da bagno. Il reggiseno deve essere indossato notte e giorno per 3 mesi e rimosso soltanto per le normali abluzioni.

#### POSSIBILI COMPLICANZE

Le complicanze sono generalmente rare e rispondono con prontezza ad un trattamento appropriato senza compromettere il risultato finale dell'operazione.

**Sanguinamento.** Se si verifica sanguinamento il sangue può accumularsi nella mammella e sarà quindi necessario riaprire una delle ferite al fine di rimuovere il sangue accumulato e prevenire ulteriori sanguinamenti.

**Infezioni.** Queste si verificano molto raramente e generalmente rispondono prontamente al trattamento antibiotico.

**Perdita di sensibilità del capezzolo.** Questa generalmente è temporanea ed è previsto che la sensibilità si riacquisti quasi completamente con il tempo. In rare occasioni essa può essere permanente.

**Perdita di un capezzolo.** La perdita parziale o totale di un capezzolo è estremamente rara, ma è riportato qualche caso nella letteratura medica. Qualora dovesse accadere, può essere eseguito in un tempo successivo un intervento ricostruttivo con risultati soddisfacenti.

**Asimmetrie.** Esse possono essere riscontrate nella forma, dimensioni o posizione dell'areola. In genere sono di modesta entità e possono essere corrette agevolmente in anestesia locale non prima di sei mesi dall'intervento

#### RIPRESA DELL'ATTIVITÀ FISICA

Potranno essere riprese le **attività sportive** dopo 3 settimane per quanto concerne lo sci, tennis, calcio,

pallacanestro, vela, mentre per gli sport più intensi (nuoto, jogging, joga, danza, pesca subacquea) sarà preferibile attendere per lo meno 6 settimane.

La guida dell'automobile, le normali attività, le faccende domestiche e l'attività sessuale potranno essere riprese dopo 2 settimane.

---

Io sottoscritto/a .....

domiciliato/a .....

Codice Fiscale.....

---

chiedo che mio figlio/a venga sottoposto/a ad intervento  
di: **MASTOPLASTICA RIDUTTIVA**

di essere sottoposto/a ad intervento di: **MASTOPLASTICA  
RIDUTTIVA**

---

**descritto nelle note informative della SICPRE consegnatemi, le possibilità ed i limiti  
del quale mi sono stati spiegati dal Prof.Gaetano Esposito**

A tale proposito dichiaro che:

Ho avuto modo di discutere in maniera adeguata ed esauriente le caratteristiche dell' intervento in questione con il **Prof.Gaetano Esposito**, che mi ha esposto in termini a me pienamente comprensibili le tecniche attualmente disponibili per l' effettuazione dell' intervento da me desiderato e tutte le alternative terapeutiche, inclusa la possibilità di non sottopormi ad intervento chirurgico e le eventuali conseguenze di quest' ultima opzione;

Ho avuto ampia e dettagliata spiegazione dei rischi correlati agli interventi chirurgici in generale (con particolare riguardo a: infezione, rischio anestesilogico, ematomi, cicatrizzazione patologica) e di quelli specificamente correlati con l' intervento a cui intendo sottopormi.

Per ognuno dei rischi correlati all' intervento chirurgico mi è stata data spiegazione della frequenza con cui si può verificare e delle eventuali terapie a cui potrei avere necessità di sottopormi per il trattamento delle sopravvenute complicanze. Tra queste sono incluse: terapia antibiotica e farmacologica in genere, revisione chirurgica immediata, revisione chirurgica a distanza di tempo. Resta inteso che il costo di queste eventuali terapie sarà a mio carico per la parte che eventualmente riguarderà i farmaci, il materiale sanitario (es. protesi) ed i costi di sala operatoria e/o ricovero nel caso di revisioni chirurgiche, mentre nulla sarà dovuto al **Prof.Gaetano Esposito**, il cui compenso per l' intervento è comprensivo dell' eventuale necessità di fornire ulteriori terapie;

Mi è stato adeguatamente spiegato che durante interventi chirurgici in anestesia locale circostanze del tutto particolari potrebbero richiedere la conversione dell' anestesia locale in anestesia generale. Autorizzo sin d' ora il **Prof.Gaetano Esposito** ad effettuare questa scelta se ritenuta necessaria per la mia sicurezza durante l' intervento, e sono consapevole che questo potrebbe comportare la necessità di ricovero per una notte nonchè un

aggravio della spesa a mio carico, in conseguenza della effettuazione di un trattamento non previsto in base al piano operatorio iniziale;

Mi sono / Non mi sono state mostrate elaborazioni grafiche delle foto preoperatorie, al fine di meglio discutere le finalità dell' intervento ed i risultati ottenibili. A questo proposito dichiaro di aver ben compreso che lo scopo di queste elaborazioni grafiche è puramente informativo e che in nessun modo quanto da me visionato può intendersi come vincolante per il risultato finale, che potrebbe essere, e verosimilmente sarà, diverso da quanto elaborato graficamente;

Autorizzo la ripresa e l' archiviazione assieme ai miei dati clinici di fotografie preoperatorie, intraoperatorie e postoperatorie del mio caso. Tale autorizzazione è intesa per i soli fini medico-legali e scientifici ,ne sono specificamente esclusi gli utilizzi divulgativi se non dietro una mia autorizzazione aggiuntiva scritta;

Mi è stata data ampia spiegazione dei controlli clinici a cui dovrò sottopormi successivamente all' intervento e della loro durata e frequenza nel tempo. Sono consapevole che il mancato rispetto da parte mia dei controlli successivi all' intervento potrebbe compromettere il risultato dell' intervento stesso e/o alterarlo imprevedibilmente.

Successivamente alla mia visita con il **Prof.Gaetano Esposito** ed alla mia discussione con lui, ho avuto tempo più che sufficiente per valutare adeguatamente e con tranquillità le informazioni ricevute, nonché i rischi ed i benefici dell' intervento a cui desidero sottopormi. In conseguenza di quanto dichiarato e del rapporto di piena fiducia instauratosi, autorizzo il **Prof.Gaetano Esposito** ed i suoi collaboratori ad effettuare l' intervento di **[MASTOPLASTICA RIDUTTIVA]**, da eseguirsi in anestesia .....[Tipo di anestesia].

Le incisioni programmate e quindi le cicatrici residue saranno:

- [    ] Periareolari e verticali ad **L**
- [    ] Periareolari e verticali a **T**

Autorizzo altresì il **Prof.Gaetano Esposito** all' effettuazione di tutte le eventuali procedure e terapie di urgenza che, a suo giudizio, si dovessero rendere necessarie per la mia sicurezza durante l' intervento chirurgico.

Roma li.....

NOME E COGNOME

FIRMA DEL/DELLA PAZIENTE

**Confermo di aver spiegato al paziente / genitori/ tutore le possibilità ed i limiti di quest'operazione.**

Roma li.....      **Prof.Gaetano Esposito**      **Firma**