



La ricostruzione del seno

informarsi, capire, parlare



AIMaC

Associazione Italiana Malati di Cancro,
parenti e amici

INFORMA PER AIUTARE
A VIVERE CON IL CANCRO

Questa brochure si rivolge alle donne che dovranno subire, o hanno già subito, un intervento al seno a causa di un tumore mammario.



La diagnosi di questa malattia ha un impatto fisico e psicologico particolare sulla donna, poiché un intervento al seno è vissuto come una perdita della femminilità. Tuttavia, i progressi della chirurgia plastica ricostruttiva consentono oggi di ottenere risultati estetici soddisfacenti. Grazie allo sviluppo di nuove tecniche che utilizzano lembi di tessuto proprio e alla realizzazione di protesi in silicone altamente tecnologiche, la ricostruzione del seno è possibile per la maggior parte delle donne anche dopo mastectomie radicali.

A ciò si aggiunga che oggi si attribuisce notevole importanza al concetto di 'qualità di vita' che, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, include la percezione che ciascun paziente ha del proprio ruolo nel contesto socio-culturale in cui è inserito e in relazione alle proprie aspettative, finalità e interessi. Si tratta, dunque, di un concetto molto ampio, sul quale incide la percezione del proprio benessere psico-fisico e

che è strettamente legato all'immagine corporea che il paziente ha di sé e su cui si basa la propria identità. Per questo motivo, la ricostruzione della mammella è diventata parte integrante del piano terapeutico del tumore al seno ed è richiesta da un numero sempre crescente di pazienti.

La ricostruzione del seno è una prestazione garantita dal Servizio Sanitario Nazionale. Ogni donna ha il diritto di essere informata sin dal primo momento affinché possa decidere se e quando richiedere un intervento di chirurgia ricostruttiva.

Che cos'è la ricostruzione del seno?

La ricostruzione del seno è un intervento chirurgico che ha lo scopo di restituire alla mammella forma e volume quanto più vicini possibile a quelli naturali. È indicata nei seguenti casi:

- dopo chirurgia conservativa o **quadrantectomia** (intervento limitato all'asportazione del quadrante della mammella colpito da tumore);
- dopo **mastectomia nipple-sparing** (intervento di asportazione della ghiandola mammaria conservando la cute e il complesso areola-capezzolo);
- dopo **mastectomia skin-sparing** (intervento di asportazione della ghiandola mammaria e del complesso areola-capezzolo conservando la cute);
- dopo **mastectomia totale** (intervento di asportazione della ghiandola mammaria e della cute che la riveste).

La ricostruzione del seno può essere **immediata**, quando è realizzata nello stesso intervento durante il quale il chirurgo asporta il tessuto mammario colpito da tumore, oppure **differita**, quando è rimandata ad un momento successivo. Può essere attuata con varie tecniche, che prevedono l'utilizzo di espansori e protesi, ma anche di tessuti propri della stessa paziente. La localizzazione e il numero delle incisioni (e quindi delle cicatrici), il tipo di anestesia, i tempi di degenza, la frequenza delle medicazioni, l'intervallo dopo il quale possono essere rimossi i punti dipendono dalla tecnica impiegata e dal singolo caso.

La ricostruzione dopo quadrantectomia (detta anche "Ricostruzione Oncoplastica")

Con l'intervento di **quadrantectomia**, il chirurgo asporta solo il quadrante mammario interessato dal tumore con l'obiettivo di evitare un'evidente mutilazione. Pur essendo un intervento parziale, la perdita di tessuto può comunque dare un risultato esteticamente sgradevole. In questi casi, la ricostruzione è detta "Oncoplastica" e si riferisce alle tecniche di chirurgia plastica usate per ricostruire la mammella mobilizzando il tessuto mammario circostante la rimozione della ghiandola interessata dal tumore (quadrantectomia). (Fig. 1a, 1b e 2).



Fig. 1a

Fig. 1b

Tecnica di oncoplastica per neoformazioni (T) dei quadranti inferiori.

La correzione del difetto avverrà quindi nel corso dello stesso intervento con una tecnica che varia in funzione del tipo di difetto e al quadrante interessato. La Ricostruzione Oncoplastica dà dei risultati estetici molto

validi con cicatrici spesso sovrapponibili a quelle di un intervento estetico di mastoplastica riduttiva.

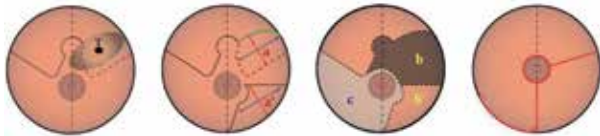


Fig. 2

Tecnica di oncoplastica per neoplasie (T) dei quadranti superiori.

Possibili complicanze:

- infezioni, che generalmente si risolvono con la somministrazione di antibiotici;
- perdita parziale o totale della sensibilità del complesso areola-capezzolo, eventualità per fortuna molto rara;
- eventuale asimmetria, che talvolta è più evidente subito dopo l'intervento, ma che migliora con il tempo.

La ricostruzione con tessuti propri della paziente (tessuti autologhi)

La ricostruzione senza l'impiego della protesi può essere effettuata sia come intervento immediato che differito. Consiste nell'impiego di tessuti propri della paziente che vengono 'trasferiti' da altre regioni del corpo a quella mammaria.

Le tecniche più diffuse sono:

● **Ricostruzione con lembo addominale DIEP**

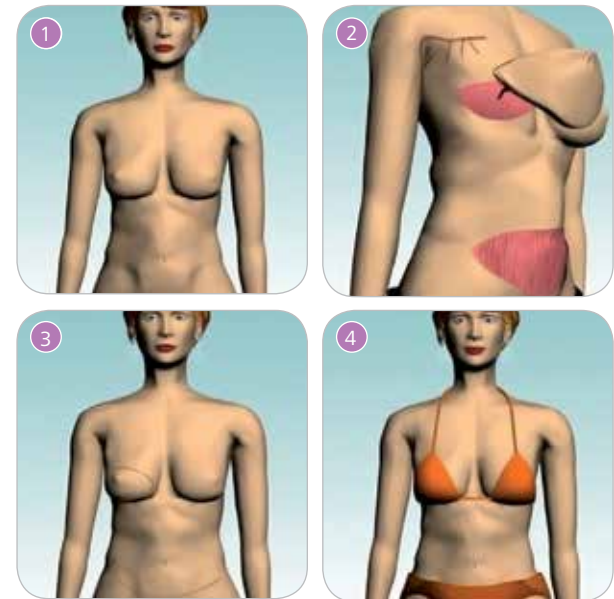
È una tecnica chirurgica ricostruttiva con tessuti propri della paziente in cui si ricorre al prelievo della pelle e del grasso addominale nella regione tra l'ombelico e il pube. Il termine **DIEP** (*Deep Inferior Epigastric Perforator*) indica i vasi sanguigni che garantiscono l'afflusso di sangue al lembo, i quali vengono prele-

vati preservando i muscoli dell'addome e riconnetten-
doli al sistema vascolare dell'ascella. Il risultato è una mammella ricostruita ma con un aspetto naturale. (Fig. 3)

Dopo una "mastectomia totale" con asportazione della cute mammaria, il seno ricostruito con il lembo DIEP, anche se con una ridotta sensibilità, per la sua naturalezza viene favorevolmente accettato dalle pazienti, recuperando una qualità di vita molto prossima a quella precedente l'intervento chirurgico. Nel caso invece di un'operazione conservativa della cute e del complesso areola-capezzolo (*nipple-sparing*), con il tempo si recupera anche la sensibilità.

Fig. 3

1) IRMA prima dell'operazione; 2) Fase intraoperatoria del trasferimento del lembo DIEP dall'addome al torace; 3) Le cicatrici sulla neomammella e sulla pancia; 4) Le cicatrici coperte dal costume da bagno.



Vantaggi:

- con il lembo DIEP si riducono quasi completamente i rischi d'infezione e del tutto quelli d'intolleranza

za legati all'uso delle protesi (contratture capsulari), soprattutto se la ricostruzione viene preceduta o seguita dalla radioterapia locale;

- la mammella ricostruita con il tessuto addominale possiede aspetti tattili e fisici molto simili a quelli del seno naturale e, insieme al resto del corpo, si modifica seguendo il peso della paziente e il fisiologico processo d'invecchiamento;
- eventuali irregolarità del profilo o differenze di volume tra i due seni si possono risolvere con iniezioni riempitive di grasso proprio, prelevato in piccole quantità da altre parti del corpo con la tecnica del trapianto adiposo (*lipofilling*, v. pag.11).

Svantaggi:

- la ricostruzione mammaria con lembo DIEP comporta una lunga cicatrice orizzontale sul basso addome, poco più sopra il pube, del tutto sovrapponibile a quella conseguente alla 'addominoplastica' estetica e comunque nascondibile sotto lo slip;
- la mammella ricostruita avrà una o più cicatrici; se l'asportazione è totale, residuerà una cicatrice ellittica che circonda il lembo DIEP trasferito, in cui di solito la parte inferiore dell'ellissi è nascosta nel solco sottomammario, mentre quella superiore viene possibilmente posizionata all'interno della coppa del reggiseno.

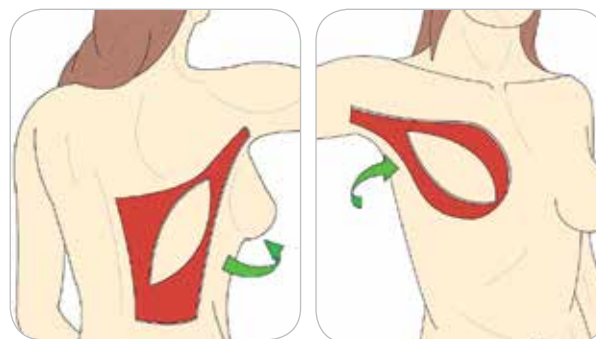
Possibili complicanze:

- sanguinamento: nei rari casi in cui si verifica, necessita di un breve ritorno in sala operatoria.
- necrosi parziale o totale del lembo, complicanza altrettanto rara. La necrosi parziale si presenta come un piccolo indurimento periferico del tessuto adiposo del lembo, il quale potrà essere rimosso con un intervento in anestesia locale senza compromettere il risultato estetico della ricostruzione. Se la necrosi è totale, evento rarissimo, è necessario ricostruire la mammella con un nuovo intervento chirurgico.

● Ricostruzione con lembo gran dorsale

È una tecnica ricostruttiva che utilizza il muscolo Gran Dorsale con un lembo di cute sovrastante (Fig. 4) e, come il DIEP, utilizza tessuti autologhi integrati eventualmente da una protesi. Nel caso di un seno di piccole dimensioni, può essere utilizzato il solo muscolo senza l'impiego della protesi.

Fig. 4: Lembo gran dorsale.



Questa tecnica è suggerita in alternativa alla ricostruzione con lembo addominale DIEP quando la paziente non ha sulla pancia il grasso sufficiente per ricostituire il volume mammario.

Nel caso in cui il trattamento antitumorale preveda la radioterapia, questa tecnica viene differita, cioè rimandata ad un intervento successivo a quello della mastectomia, per evitare che le radiazioni inducano fenomeni di contrattura e intolleranza alla protesi.

Una tecnica simile, ma che non prevede l'utilizzo del muscolo, è quella del lembo cutaneo-adiposo **TDAP** (*Toraco-Dorsal Artery Perforator*) (Fig. 5). Anche in questo caso per integrare il volume si può ricorrere ad una protesi o al riempimento con tessuto adiposo autologo (*lipofilling*).

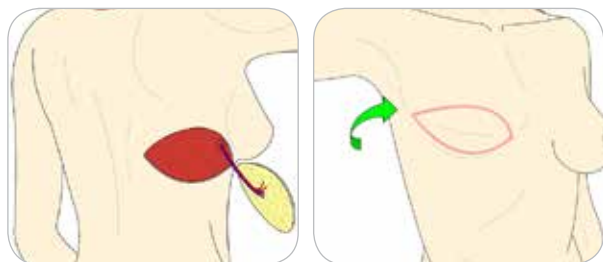


Fig. 5 : Lembo TDAP.

Vantaggi:

- possibilità di ricostruire un seno con una coppa di piccole-medie dimensioni, ma ben più morbida e con una caduta più naturale rispetto ai risultati ottenibili con la tecnica dell'espansore e protesi;
- il rischio di 'contrattura capsulare' da corpo estraneo è minore che con l'espansione o inesistente se si tratta di una ricostruzione 'autologa', cioè senza protesi ma solo con i tessuti della paziente.

Svantaggi:

- la tecnica implica il prelievo di un muscolo dal dorso con la possibile conseguenza di una lieve limitazione dei movimenti della spalla che non interferisce con le normali attività quotidiane;
- a seguito dell'intervento residuano due cicatrici: una lineare sulla parete posteriore del torace, per prelevare il muscolo necessario alla ricostruzione (di solito nascosta sotto la fascia orizzontale del reggiseno), l'altra di forma ellittica, si trova sul cono mammario e circonda la cute trasferita dal dorso. In alcune circostanze, è possibile incidere verticalmente la parete laterale del torace, anziché il dorso, in modo che la cicatrice sia nascosta dal braccio.

Possibili complicanze:

- sanguinamento e infezione;
- in casi rari, necrosi parziale o totale del lembo, che si risolvono come descritto a pag. 8.

● Ricostruzione con trapianto adiposo (lipofilling)

È un intervento chirurgico che consiste nel prelievo di tessuto adiposo, ovvero di grasso sottocutaneo, da aree che ne presentano un eccesso e nel suo trapianto in aree che necessitano un reintegro. Ciò consente di aumentare il volume del seno ricostruito (effetto riempitivo) o di correggere eventuali difetti di tessuto adiposo localizzati (effetto correttivo), migliorandone il risultato finale.

Vantaggi:

- come per la ricostruzione con lembi di tessuto proprio, l'utilizzo di cellule della paziente impedisce qualunque forma di allergia e rigetto;
- l'aspirazione del grasso può migliorare esteticamente le aree con eccesso di tessuto adiposo;
- il trattamento può essere ripetuto fino a ottenere il risultato desiderato.

Svantaggi:

- essendo un intervento chirurgico, può avere delle complicanze (ematomi, infezioni, ecc.);
- poiché il tessuto grasso impiantato non sempre attecchisce integralmente, si tende a iniettarne più del necessario. Per vedere il risultato definitivo si deve quindi attendere qualche mese;
- per lo stesso motivo, secondo l'ampiezza e il tipo di difetto da correggere, potrebbero essere necessari più interventi correttivi.

Possibili complicanze:

- possibile compromissione della circolazione linfatica della zona operata con un lieve gonfiore che, in genere, si risolve spontaneamente o con massaggi nel giro di 2 mesi;
- in rari casi sanguinamento e infezione come in ogni intervento chirurgico che si risolvono come

precedentemente descritto a pag. 8;

- nel periodo postoperatorio un certo grado di riassorbimento del tessuto adiposo trapiantato con conseguenti asimmetrie di superficie o di volume che si potranno correggere quando le condizioni locali saranno stabilizzate.

● Ricostruzione con espansore e protesi

Questa tecnica molto diffusa sfrutta la possibilità della pelle di distendersi progressivamente, come avviene in gravidanza. (Fig. 6)

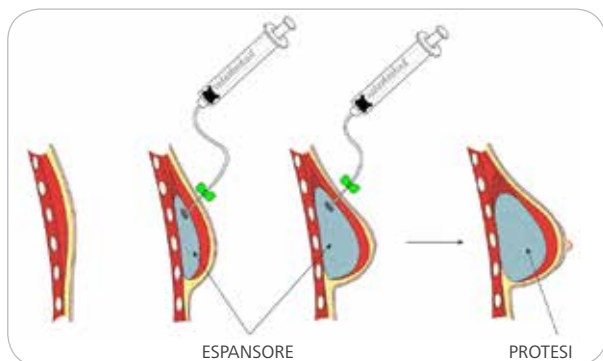


Fig. 6: Tecnica ricostruttiva con espansore e protesi.

Richiede tre fasi distinte:

- **Prima fase chirurgica - posizionamento dell'espansore.** Dopo che il chirurgo oncologo ha rimosso la ghiandola mammaria, il chirurgo plastico inserisce sotto il muscolo pettorale l'espansore che si presenta come un palloncino di gomma sgonfio;
- **Fase ambulatoriale - riempimento dell'espansore con soluzione fisiologica** attraverso una valvolina sottocutanea e un ago sottilissimo. Inizia a distanza di qualche settimana dall'intervento e richiede

più sedute intervallate da 7-14 giorni per circa 3-4 mesi. Man mano il palloncino si gonfia, la cute si dilata, creando lo spazio per inserire la protesi definitiva;

- **Seconda fase chirurgica - impianto della protesi definitiva.** A distanza di alcuni mesi, per evitare fenomeni di 'retrazione' della pelle, il chirurgo plastico rimuove l'espansore e inserisce la protesi definitiva, rimandando la ricostruzione del capezzolo dopo che la protesi si sarà assestata.

Vantaggi:

- i tempi operatori sono più brevi della ricostruzione con tessuto autologo, ma il risultato estetico è meno soddisfacente;
- le conseguenze dell'intervento si attenuano in pochissimo tempo con il recupero di un aspetto normale e, se il risultato è soddisfacente, con la possibilità di indossare abiti scollati;
- rappresenta una valida alternativa alla ricostruzione con tessuto proprio quando questa sia tecnicamente impossibile oppure sia rifiutata dalla paziente.

Svantaggi:

- rispetto alle tecniche con tessuto autologo, l'aspetto del seno è meno naturale, poiché appare rigido e privo della naturale 'caduta';
- per essere completata richiede due interventi chirurgici, intervallati da diverse sedute ambulatoriali per gonfiare l'espansore.

Possibili complicanze:

- 'migrazione' (spostamento) della protesi;
- 'rigetto' (reazione da corpo estraneo) della protesi con contrattura della capsula circostante;
- infezioni.

Inoltre, la protesi non è definitiva e dunque dovrà essere controllata negli anni e sostituita per un possibile rischio di rottura spontanea dovuta a usura.

La ricostruzione dell'areola e del capezzolo

È l'atto conclusivo del trattamento ricostruttivo, essenziale per conferire un aspetto naturale alla mammella operata. Può essere immediato o differito a quando la mammella avrà assunto la forma definitiva.

Tale intervento si esegue in anestesia locale e in regime di ricovero giornaliero. Il capezzolo viene ricostruito con un piccolo lembo di tessuto locale, intorno al quale si esegue successivamente un tatuaggio per dare forma e colore all'areola (Fig. 7 e 8).

Naturalmente il capezzolo non è sensibile. La ricostruzione dell'areola richiede un innesto di cute prelevato dalla piega inguinale oppure un tatuaggio.

Quest'ultima metodica è spesso preferita perché di più semplice esecuzione (richiede 30 minuti e si esegue ambulatorialmente). Spesso è necessario ritoccare anche il colore dell'areola della mammella naturale per ottenere una maggiore uniformità.



Fig. 7:
Capezzolo ricostruito.



Fig. 8 : Ricostruzione dell'areola con tatuaggio medico ambulatoriale.

La simmetria finale delle mammelle

Lo scopo della ricostruzione della mammella è di restituire alla paziente un seno dall'aspetto naturale, che abbia forma e volume quanto più vicino possibile a quelli della mammella sana.

Questo risultato purtroppo non è sempre possibile: la forma ottenuta è spesso più simile a quella di un seno giovane e non in tutti i casi si ha la normale 'caduta' legata alla storia naturale della mammella.

Per rimediare a questi difetti può essere necessario ritoccare il seno sano (soprattutto dopo la ricostruzione con espansore e protesi, meno frequentemente in caso di ricostruzione con lembi di tessuto proprio), tenendo presente che quest'intervento viene proposto alla paziente, ma non è obbligatorio accettarlo.

Generalmente si esegue in un secondo tempo, ad esempio quando si rimuove l'espansore per introdurre la protesi definitiva.

Le tecniche più utilizzate sono:

- la **mastopessi**
- la **mastoplastica riduttiva**
- la **mastoplastica additiva**

La **mastopessi** è praticamente il lifting del seno, vale a dire l'intervento in grado di sollevare e ridare tono a un seno cadente e molto rilassato (Fig. 9). È indicata nel caso di mammelle che appaiono ptosiche (rilassate) a seguito di gravidanza, allattamento o invecchiamento. La scelta della tecnica più idonea prende in considerazione alcuni fattori quali: l'ampiezza di cute da ridurre, l'elasticità della cute residua e l'entità del sollevamento da ottenere per conseguire la simmetria.



Fig. 9: Tecnica di mastopessi.

La **mastoplastica riduttiva** consiste nel ridurre le dimensioni della mammella rimuovendo il tessuto mammario in eccesso. Oltre a ridurre il volume della mammella sana, il chirurgo provvede anche a sollevarla e a conferirle maggiore consistenza (Fig. 10 e 11).

La tecnica più indicata per la paziente è discussa e decisa con il chirurgo durante la visita preliminare anche sulla base della tecnica ricostruttiva utilizzata. Il numero delle cicatrici varia in funzione dell'intervento.

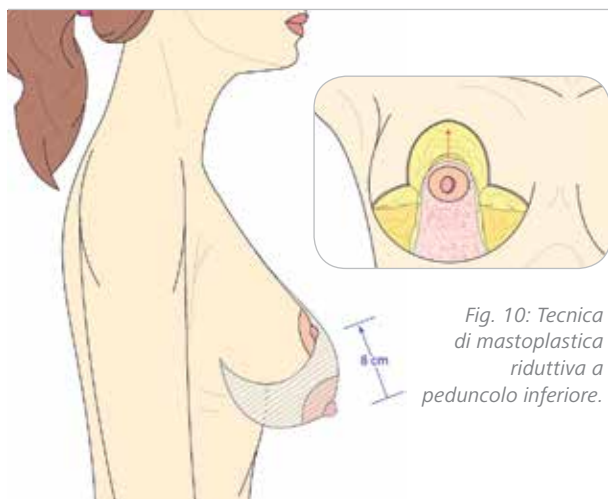


Fig. 10: Tecnica di mastoplastica riduttiva a peduncolo inferiore.

Fig. 11: Riposizionamento del capezzolo e sollevamento del seno controlaterale mediante mastopessi di adeguamento.

La **mastoplastica additiva** consiste nell'inserire nella regione mammaria una protesi in silicone allo scopo di aumentarne il volume (Fig. 12 e 13).

Solitamente si effettua nel caso di ricostruzione con espansore e protesi e per mammelle di piccole dimensioni, al fine di evitare che il seno ricostruito subisca nel tempo modificazioni diverse da quello non operato (per rilassamento o a seguito di oscillazioni del peso).

La scelta della misura della protesi viene discussa e decisa con il chirurgo durante la visita preliminare, prendendo attentamente in considerazione diversi fattori

quali: le dimensioni del tessuto mammario/adiposo che deve coprire le protesi, l'elasticità della tasca cutanea che deve ospitare la protesi e la forma del torace per ottenere un risultato armonico.

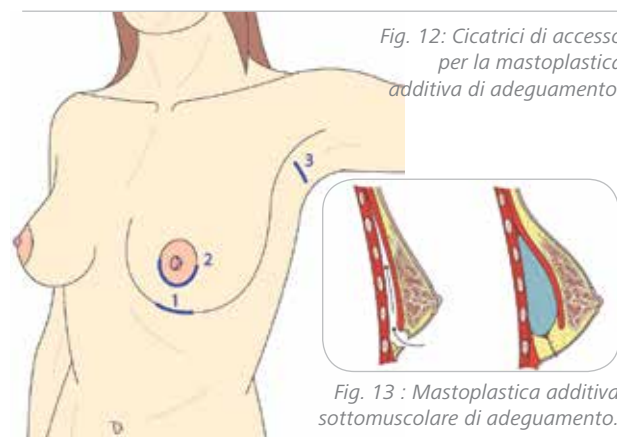


Fig. 12: Cicatrici di accesso per la mastoplastica additiva di adeguamento.

Fig. 13: Mastoplastica additiva sottomuscolare di adeguamento.

Conclusioni

Prima di prendere qualunque decisione in merito alla ricostruzione, è indispensabile valutare tutti i diversi aspetti al fine di avere delle aspettative realistiche e di essere più soddisfatta del risultato.

La mammella ricostruita infatti potrebbe non essere morbida come si sarebbe voluto o apparire meno naturale e non perfettamente simmetrica.

È bene tenere infine presente che, come qualunque intervento, anche la ricostruzione comporta dei rischi. È importante parlare con il chirurgo o con il medico di fiducia per ottenere quante più informazioni possibile per partecipare consapevolmente alla scelta della tecnica più idonea e soprattutto per essere preparata al risultato della procedura.

I punti informativi

Sono a disposizione, presso i principali istituti per lo studio e la cura dei tumori e grandi ospedali, per consultare e ritirare il materiale informativo o per parlare con personale qualificato e ricevere chiarimenti. Rivolgersi ad AIMaC (840 503579) per conoscere gli indirizzi esatti.

La Collana del Girasole

- 1 Non so cosa dire
 - 2 La chemioterapia
 - 3 La radioterapia
 - 4 Il cancro del colon retto
 - 5 Il cancro della mammella
 - 6 Il cancro della cervice
 - 7 Il cancro del polmone
 - 8 Il cancro della prostata
 - 9 Il melanoma
 - 10 Sessualità e cancro
 - 11 I diritti del malato di cancro
 - 12 Linfedema
 - 13 La nutrizione nel malato oncologico
 - 14 I trattamenti non convenzionali nel malato oncologico
 - 15 La caduta dei capelli
 - 16 Il cancro avanzato
 - 17 Il linfoma di Hodgkin
 - 18 I linfomi non Hodgkin
 - 19 Il cancro dell'ovaio
 - 20 Il cancro dello stomaco
 - 21 Che cosa dico ai miei figli?
 - 22 I tumori cerebrali
 - 23 Il cancro del fegato
 - 24 Il cancro della laringe
 - 25 La terapia del dolore
 - 26 Il cancro del rene
 - 27 La fatigue
 - 28 Il cancro della tiroide
 - 29 Gli studi clinici sul cancro: informazioni per il malato
 - 30 Le assicurazioni private per il malato di cancro
 - 31 Madre dopo il cancro e preservazione della fertilità
- 2 DVD: La chemioterapia - La radioterapia

AIMaC pubblica anche:

Profili Farmacologici

96 schede che forniscono informazioni di carattere generale sui singoli farmaci e prodotti antitumorali, illustrandone le modalità di somministrazione e gli effetti collaterali.

Profili DST

50 schede che forniscono informazioni di carattere generale sulla diagnosi, stadiazione e terapia di singole patologie tumorali.

La Biblioteca del Girasole

- Il test del PSA
- Neoplasia e perdita di peso - Che cosa fare?*
- Oltre le nuvole
- Padre dopo il cancro
- La ricostruzione del seno

** è pubblicato da F.A.V.O. Federazione nazionale delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (www.favo.it), di cui AIMaC è socio

AIMaC è anche presente su



<http://forumtumore.aimac.it>



AIMaC è grata agli autori del sito
www.ricostruioneseno.it,
in particolare al Prof. Fabio Santanelli,
per aver consentito l'utilizzo del loro materiale
e per aver collaborato alla revisione del testo.



Associazione Italiana Malati di Cancro,
parenti e amici

via Barberini 11 | 00187 Roma

tel +39 064825107 | fax +39 0642011216

numero verde 840 503 579 | **www.aimac.it** | **info@aimac.it**