

	IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Sacro Cuore – Don Calabria Ospedale Classificato e Presidio Ospedaliero Accreditato – Regione Veneto Reparto di Chirurgia Plastica Primario: Dr. C. Cristofoli Rif. Norma UNI EN ISO 9001	Rev 3 del 24/12/19
---	---	-----------------------

INFORMAZIONI E CONSENSO RELATIVI ALL'INTERVENTO DI MASTOPLASTICA ADDITIVA

Gent. Sig. _____,

per ovviare ai disturbi e/o allo scopo di migliorare la situazione da Lei lamentata, il suo chirurgo Le ha proposto di sottoporsi ad un intervento chirurgico denominato **mastoplastica additiva**.

In questo foglio Lei troverà le notizie più importanti riguardo all'intervento stesso; rimane naturalmente inteso che i medici di questo Reparto potranno fornirLe precisazioni e spiegazioni, nonché rispondere ad ogni Sua ulteriore domanda.

L'intervento di mastoplastica additiva ha lo scopo di aumentare un seno non sviluppato o poco sviluppato, o leggermente cadente per ridare un aspetto piacevole. In alcuni casi ha lo scopo di simmetrizzare il seno controlaterale nella ricostruzione mammaria,

L'operazione consiste nell'inserimento in regione mammaria di apposite protesi che possono essere inserite sopra o sotto il muscolo pettorale. A seconda della tecnica scelta, la via di accesso e la conseguente cicatrice residua possono essere sottomammaria, periareolare o ascellare. Le protesi utilizzate possono essere di tipo liscio o testurizzato, rotonde o anatomiche, a profilo basso, medio o alto, contenenti gel di silicone coesivo o altamente coesivo. Il volume della protesi viene concordato con il chirurgo e può variare da 100 a 500 cc, con variazioni di 20-30 cc. . Dopo l'allestimento della tasca viene inserita la protesi e dei drenaggi che vengono mantenuti in sede da tre a dieci giorni.

L'intervento ha una durata media di circa un ora se monolaterale o di due circa se bilaterale e viene effettuato previa anestesia generale per cui non risulterà doloroso. Nel periodo post operatorio è presente una dolorabilità che varia a secondo della posizione della protesi da 2-4 giorni, mentre la

convalescenza può essere variabile tra 10-20 giorni. Sarà da mantenere un reggisenò di tipo sportivo-contenitivo per almeno tre settimane. Astensione della attività sportiva per circa un mese.

L'operazione che Le viene proposta viene effettuata correntemente nel nostro Reparto, da parte di personale esperto che utilizza le tecniche più avanzate; tuttavia, come sa, ogni intervento chirurgico è gravato da rischi che non possono essere completamente annullati, per cui Le sottoponiamo alcuni dati di cui dovrà tener conto nell'ambito della Sua decisione

Rischi e complicanze

Possono essere: sieromi (accumulo di siero periprotetico), ematomi (sanguinamento dei tessuti periprotetici), sofferenza cutanea, infezioni, necrosi cutanea, alterazioni della sensibilità in prossimità della cicatrice cutanea, alterazioni temporanee della sensibilità dell'areola e del capezzolo, contrattura capsulare (alterazione quantitativa o qualitativa della capsula fibrosa che si forma sempre attorno alle protesi e che normalmente non dà segno di sé), rottura delle protesi, dislocazione della protesi, estrusione della protesi (fuoriuscita delle protesi a causa di una mancata guarigione delle cute), asimmetrie di volume, asimmetrie di posizione, cicatrizzazione patologica (ipertrofia o cheloide), sindrome di Mondor (cordone sottocutaneo arrossato e dolente indicativo di tromboflebite delle vene sottocutanee). Alcune malattie autoimmuni sono state studiate in relazione alle protesi mammarie. Questi sintomi sono denominati sindrome di ASIA o malattia delle protesi mammarie (BII - Breast implant illness). Non vi è alcuna prova conclusiva di un nesso causale tra queste patologie e le protesi mammarie. Le disposizioni del Ministero della Salute (Circolare n.11758 del 11.3.2015) regolamentano la segnalazione di queste possibili complicanze, sempre sotto sorveglianza e ancora in fase di studio.

Alcune di queste complicanze possono richiedere un secondo intervento, in anestesia locale o generale, nei primi giorni del post operatorio (ematoma) oppure a distanza di tempo (necrosi cutanea, contrattura capsulare, dislocazione o estrusione della protesi, infezioni).

Naturalmente anche l'anestesia può comportare disturbi o effetti indesiderati: lo specialista che curerà questo aspetto Le fornirà indicazioni e notizie più specifiche, a seconda del tipo di trattamento indicato nel Suo caso.

Possibili alternative all'inserimento di protesi per l'aumento del seno sono il lipofilling (trapianto di grasso che presuppone sia disponibile in quantità adeguata e prevede diversi interventi 2-6 a seconda dei casi).

Per quanto riguarda l'aspetto estetico, si deve avere la consapevolezza che molteplici fattori quali la situazione specifica di partenza, la reattività individuale, la particolare consistenza dei tessuti ecc. determinano una grande variabilità, per cui gli esiti dell'intervento potrebbero discostarsi anche in misura apprezzabile dai risultati sperati.

Le verranno comunque fornite, a tale proposito, tutte le informazioni utili affinché il Suo consenso sia completamente informato e realmente consapevole.

Negrar _____

p.p.v. _____

Se ha compreso le spiegazioni ed ha deciso di sottoporsi al trattamento, La preghiamo di firmare sul retro di questo foglio la Sua dichiarazione di CONSENSO

Data _____

Firma p.p.v. _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Io sottoscritto/a _____
dichiaro di aver discusso con il medico curante della mia situazione clinica e di aver ottenuto in proposito chiare spiegazioni; sono pertanto consapevole che si rende necessario eseguire

MASTOPLASTICA ADDITIVA

ho esaminato e bene compreso la descrizione riportata in questo stesso foglio relativa agli scopi, alle modalità di esecuzione, ai rischi ed alle possibili conseguenze del trattamento proposto ed ho potuto avere anche ulteriori chiarimenti e risposte ad ogni domanda, con particolare riguardo alla mia specifica situazione.

Sono anche a conoscenza del fatto che, dinanzi ad impreviste difficoltà, il medico potrebbe giudicare necessario modificare la procedura concordata; se in tali circostanze non fosse possibile interpellarmi, autorizzo sin d'ora il cambiamento, al solo scopo di fronteggiare le complicanze.

Pertanto dichiaro di **ACCONSENTIRE** all'esecuzione dell'intervento.

Data _____

Firma _____

Il medico _____

INDICAZIONI E PRECAUZIONI PRE E POST INTERVENTO

Allegato mastoplastica additiva

Prima dell'intervento:

Sospendere l'assunzione di medicinali contenenti l'acido acetilsalicilico (Aspirina, Ascriptin, Bufferin, Cemerit, Vivin C ecc.) almeno 10 giorni prima dell'intervento e segnalare qualsiasi farmaco o altro prodotto omeopatico o fitoterapia assunto.

Ridurre il fumo a massimo 2-3 sigarette almeno due settimane prima dell'intervento.

Segnalare la comparsa di raffreddore, mal di gola, tosse e malattie della pelle.

Segnalare possibili allergie.

E' opportuno eseguire una visita senologica (mammografia- ecografia) per avere un riscontro della situazione pre-operatoria e consegnarli al momento del ricovero.

L'intervento non può essere eseguito durante la gravidanza e l'allattamento.

Il giorno dell'intervento:

Fare un bagno accurato.

Non assumere cibi ne bevande dalla mezzanotte del giorno prima.

Procurarsi un reggiseno contenitivo di tipo sportivo a chiusura anteriore, concordando la misura con il chirurgo.

Dopo l'intervento:

Per almeno una settimana non fumare. Evitare ampi movimenti con la braccia e lavori pesanti per almeno 20-30 giorni.

E' possibile praticare una doccia di pulizia solo dopo la rimozione dei punti.

Eventuali attività sportive potranno essere riprese non prima di un mese indossando un reggiseno contenitivo (tipo sport).

Per almeno un mese non dormire in posizione prona ed evitare l'esposizione diretta al sole o a calore intenso (sauna).

Nei giorni immediatamente dopo l'intervento è frequente avvertire una certa dolorabilità locale che può accentuarsi con i movimenti.

La comparsa di ecchimosi cutanee, anche evidenti, è un fatto normale, andranno riassorbendosi spontaneamente nell'arco di alcuni giorni.

**CONSENSO INFORMATO ALL'IMPIANTO DI PROTESI MAMMARIA
(PER FINALITA' ESTETICA O RICOSTRUTTIVA)
SINTESI INFORMATIVA**

SU

BIA-ALCL (Linfoma Anaplastico a grandi cellule associato ad impianti protesi)

LA PRESENTE NOTA INTEGRA IL CONSENSO INFORMATO RELATIVO ALL'INTERVENTO DI
IMPIANTO DI PROTESI MAMMARIA

Il Linfoma Anaplastico a grandi cellule (ALCL dall'inglese Anaplastic Large Cell Lymphoma) è una rara forma di Linfoma non-Hodgkin (NHL) che si sviluppa a carico dei linfociti T del sistema immunitario.

Con i dati attuali, sebbene una predominanza di casi BIA-ALCL si è stata riportata nei pazienti con impianti di protesi mammaria a superficie testurizzata (cioè ruvida), non ci sono sufficienti evidenze scientifiche che supportano la correlazione causale tra l'insorgenza di questa patologia e il tipo di protesi mammaria, seppur enti locali ed istituzioni sanitarie raccomandino una sorveglianza attiva della popolazione di donne con protesi mammarie.

In Italia, si stima si verifichino 2,8 casi di BIA-ALCL ogni 100,000 pazienti impiantati. Dei 45 casi riscontrati (dal 2012 al 1 giugno 2019) solo 1 ha avuto un esito fatale poiché la diagnosi è stata effettuata tardivamente ed in uno stato avanzato della malattia. La prognosi di questa condizione clinica resta favorevole quando diagnosticata precocemente.

A seguito del ritiro delle protesi testurizzate da parte dell'Autorità francese il Ministro della Salute ha richiesto di poter acquisire il parere del più alto organo scientifico del nostro paese, ossia del Consiglio Superiore della sanità, a fine di tutelare la salute dei cittadini.

Il Consiglio Superiore di Sanità, a seguito di approfondita istruttoria , sulla base della letteratura scientifica pertinente, e della documentazione tecnico-scientifica disponibile, ha predisposto una relazione in merito all'argomento disponibile sul portale del Ministero della Salute il seguente link:

<http://www.salute.gov.it/portale/temi/p26.jsp?lingua=italiano&id=4419&area=dispositivi-medici&menu=vigilanza> e ha dichiarato che non si ravvedano motivazioni sufficienti per raccomandare il ritiro dalla disponibilità commerciale delle protesi testurizzate.

Tuttavia, il Consiglio Superiore di Sanità ha raccomandato a tutti soggetti portatori di protesi mammarie (testurizzate o lisce) impiantate a fini estetici di sottoporsi a regolari controlli clinici (almeno una volta all'anno) indicati dal proprio chirurgo e prescritti con cadenza modulabile in base alla valutazione clinica del singolo soggetto. Inoltre ha raccomandato l'immediata esecuzione di un'ecografia e di un esame citologico del liquido di aspirazione in caso di sospetto clinico di sieroma tardivo (almeno 1 anno dopo l'intervento chirurgico). Non ha fornito l'indicazione alla rimozione della protesi liscia o testurizzata in assenza di sospetto clinico di BIA-ALCL.

Le pazienti portatrici di protesi mammarie a seguito di mastectomia per carcinoma mammario non necessitano di ulteriori esami oltre quelli richiesti dalle regolari visite di controllo oncologiche (che già prevedono ecografia mammaria e mammografia o RNM mammaria) e prescritti sulla base del rischio associato allo stadio di avanzamento e alle caratteristiche biologiche della neoplasia.

Non si pone indicazione alla rimozione della protesi liscia o testurizzata in assenza di sospetto clinico di BIA-ALCL.

**ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO AD
IMPIANTO DI PROTESI MAMMARIA**

Dichiarante:

La sottoscritta _____

Nata _____ il _____

Residente in _____

Via _____

Informata dal Prof/Dott. _____

su tipo di protesi che si intende impiantare :

Reso consapevole:

- che la protesi mammaria non è definitiva e che dopo un intervallo di tempo variabile e non determinabile, in quanto influenzato da fattori anche individuali e non prevedibili, dovrà essere espantata ed eventualmente sostituita in caso di contrattura capsulare o di rottura;
- dei rischi relativi a questa tipologia di intervento chirurgico ed elencati nel consenso informato allegato alla presente nota;
- che a parere del sanitario il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle condizioni cliniche del paziente.

Preso visione delle informazioni soprariportate, valutate le ulteriori informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, e avendo compreso quanto sopra:

accetto l'impianto

rifiuto l'impianto

Data _____

La paziente _____

Il Medico _____