

	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	Rev 3 del 24/12/19
	Rif. Norma UNI EN ISO 9001	

INFORMAZIONI E CONSENSO RELATIVI ALL'INTERVENTO DI RICOSTRUZIONE MAMMARIA POST-MASTECTOMIA II° TEMPO

Gent. Sig.ra _____,

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

Ricostruzione mammaria post-mastectomia II° tempo

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 ricostruzione mammaria con il sistema espansore-protesi ha lo scopo di ricostruire la mammella dopo la mastectomia eseguita abitualmente dal chirurgo generale, cercando di ottenere di un buon risultato estetico che ripristini la simmetria dei due seni. Attualmente Lei presenta un espansore mammario sotto il muscolo grande pettorale, gonfiato di una misura adeguata con soluzione fisiologica. Ora verrà sottoposta ad un secondo intervento che prevede la rimozione dell'espansore e la sostituzione con una protesi definitiva al silicone (cosiddetto secondo tempo della ricostruzione mammaria). Allo stato attuale non esistono controindicazioni all'utilizzo di protesi, tra cui quelle con gel di silicone. La ricostruzione prevede per quanto possibile la realizzazione della simmetria del seno controlaterale; se ciò non fosse possibile solo con il posizionamento della protesi mammaria nel seno da ricostruire sono previsti interventi di mastoplastica additiva (aumento del seno), riduttiva o mastopessi (sollevamento del complesso areola-capezzolo) del seno controlaterale. La ricostruzione del complesso areola-capezzolo ed eventuali interventi di rifinitura di forma e dimensione si possono eseguire in un terzo tempo operatorio (lipofilling, revisione della tasca periprotetica, eventuale sostituzione protesi).

L'intervento comporta: incisione cutanea sulla precedente cicatrice chirurgica, rimozione dell'espansore tissutale, eventuale modellamento della tasca periprotetica, inserimento della protesi definitiva, sutura della tasca sottomuscolare, sutura cutanea, posizionamento di drenaggio.

L'intervento ha una durata media di un ora e mezza, e viene effettuato previa anestesia generale .

Nel periodo post operatorio è presente una dolorabilità di 4-5 giorni, controllata con terapia antalgica, immobilità al letto 1-2 giorni. La ripresa della attività lavorativa dopo 15-20 giorni salvo casi particolari o complicazioni.

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

Sieromi (accumulo di siero periprotetico), ematomi (sanguinamento dei tessuti periprotetici), infezioni, sofferenza cutanea fino alla necrosi cutanea ed esposizione della protesi (più frequente in caso di tabagismo o diabete 5-8 %) a tal proposito è importante avvisare sempre il personale se si è fumatrici, alterazioni della sensibilità in prossimità della cicatrice cutanea, alterazioni temporanee della sensibilità dell'areola e del capezzolo, ischemia del complesso Areola/Capezzolo nel 30% dei casi, fino a necrosi completa, che richiede un intervento in anestesia locale di asportazione. Dislocazione del complesso Areola/Capezzolo, iposensibilità e ipopigmentazione, contrattura capsulare (alterazione quantitativa o qualitativa della capsula fibrosa che si forma sempre attorno alle protesi e che normalmente non dà segni 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.

Vi sono tecniche alternative all'intervento appena descritto che consistono nell'utilizzo di espansori mammari, lembi di cute o di muscolo per la ricostruzione del seno .

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 sottoscritta _____ 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

RICOSTRUZIONE MAMMARIA II° TEMPO

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 ricostruzione mammaria

Prima dell'intervento di ricostruzione mammaria:

Sospendere l'assunzione di medicinali contenenti l'acido acetilsalicilico (Aspirina, Ascriptin, Bufferin, Cemerit, Vivin C ecc.) almeno 10 giorni prima dell'intervento.

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.

Avvisare in caso di allergie o intolleranze accertate o sospette.

Durante la visita prima dell'intervento di ricostruzione mammaria la paziente verrà informata circa l'acquisto di un reggiseno di tipo sportivo-contenitivo allacciato davanti e una fascia post-mastectomia previa misurazione.

Il giorno dell'intervento di ricostruzione mammaria:

Fare un bagno accurato.

Non assumere cibi né 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 di ricostruzione mammaria:

Per almeno una settimana non fumare.

Evitare ampi movimenti ampi o bruschi 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 sportivo).

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

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

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 contarttura 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 _____