

## Reparto di Chirurgia Plastica

Direttore: Dott. Cesare Cristofoli

# INFORMAZIONI MEDICHE E DICHIARAZIONE DI CONSENSO DEL PAZIENTE ALL'INTERVENTO DI ADEGUAMENTO DELLA MAMMELLA CONTROLATERALE MEDIANTE MASTOPLASTICA RIDUTTIVA E/O MASTOPESSI

Gentile Signora, \_\_\_\_\_

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 riduttiva - mastopessi**.

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.

### Finalità e realizzazione dell'intervento

L'intervento di mastoplastica riduttiva e/o mastopessi consente di adeguare la mammella controlaterale alla mammella ricostruita, nel caso in cui vi siano differenze di volume o di forma.

L'intervento di mastopessi ridà forma e sostegno alla mammella senza ridurne le dimensioni, talvolta aumentandola con l'inserimento di una protesi.

Esistono numerose tecniche chirurgiche che vanno di volta in volta considerate e discusse con la paziente. Infatti, sebbene questo trattamento sia in grado di offrire risultati molto buoni sotto il ripristino della forma e della consistenza, ad esso residuano inevitabilmente cicatrici cutanee di diversa estensione a seconda dell'entità del difetto e della tecnica impiegata. Eventuali smagliature cutanee saranno ridotte o attenuate per effetto della asportazione della cute ma non potranno essere cancellate.

Dopo un intervento di mastoplastica riduttiva o mastopessi la funzione dell'allattamento può risultare compromessa così come un'eventuale successiva gravidanza potrebbe in parte alterarne il risultato estetico.

L'operazione consiste nell'asportare una adeguata quantità di cute e di tessuto ghiandolo-adiposo e di riportare il complesso areola-capezzolo nella posizione fisiologica. La cicatrice residua dipende dalla quantità di tessuto da asportare, ed è periareolare, verticale o a T rovesciata. Una volta asportato il lembo in eccesso viene modellata la ghiandola, suturata e posizionato un drenaggio, che viene mantenuto in sede per 3-5 giorni.

L'intervento ha una durata media 1 ora e mezza o 2 ore se monolaterale, di 2-3 ore se bilaterale, e viene effettuato previa anestesia generale per cui non risulterà doloroso. Nel periodo post operatorio è presente una dolorabilità di 2-3 giorni, mentre la convalescenza può essere variabile tra 10-20 giorni. Sarà da mantenere un reggisenone di tipo sportivo-contenitivo per almeno 3 settimane. Astensione della attività sportiva per circa 1 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 di complicanze**

Nel post-operatorio possono essere: diastasi delle ferite, sieromi, ematomi, liponecrosi, sofferenza cutanea e del capezzolo, infezioni, necrosi cutanea e del capezzolo, alterazioni della sensibilità cutanea, alterazioni temporanee della sensibilità dell'areola e del capezzolo, asimmetrie di volume, asimmetrie di posizione, cicatrizzazione patologica (ipertrofia o cheloide).

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.

Non esistono trattamenti alternativi per la riduzione del seno, l'alternativa è solo la scelta del tipo di tecnica chirurgica che viene concordato con la paziente e che può far variare il tipo e la lunghezza delle cicatrici residue.

**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.**

### **INDICAZIONI E PRECAUZIONI PRE INTERVENTO (vedi allegato)**

Negrar di Valpolicella, \_\_\_\_\_

p.p.v. \_\_\_\_\_

Se ha compreso le spiegazioni ed ha deciso di sottoporsi al trattamento, La preghiamo di firmare 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 intervento di

### **MASTOPLASTICA RIDUTTIVA - MASTOPESSI.**

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 paziente \_\_\_\_\_

Il medico \_\_\_\_\_

## **Reparto di Chirurgia Plastica**

*Direttore: Dott. Cesare Cristofoli*

### **ALLEGATO MASTOPLASTICA RIDUTTIVA - MASTOPESSI**

#### **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.
- Ridurre il fumo a massimo 2-3 sigarette almeno 2 settimane prima dell'intervento.
- Segnalare la comparsa di raffreddore, mal di gola, tosse e malattie della pelle.
- È opportuno eseguire una visita senologica (mammografia - ecografia) prima dell'intervento per avere un riscontro della situazione pre-operatoria.

#### **Il giorno dell'intervento**

- Praticare un accurato bagno di pulizia.
- Non assumere cibi né bevande a partire 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 1 settimana non fumare.
- Evitare ampi movimenti con la braccia e lavori pesanti per almeno 20-30 giorni.
- È possibile praticare una doccia di pulizia solo dopo la rimozione dei punti.
- Eventuali attività sportive potranno essere riprese non prima di 1 mese indossando un reggiseno contenitivo (tipo sport).
- Per almeno 1 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.