



Stemma dell'Ospedale di S. Maria della Misericordia di Perugia

Azienda Ospedaliera di Perugia

Dir. Gen. e Sede Amm.va: Ospedale Policlinico – Via Brunamonti, 51 – 06122
Perugia Sede Legale: Ospedale Silvestrini – S. Andrea delle Fratte – 06156 PERUGIA Partita IVA
02101050546

DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE

S.C.

Direttore:

Informazioni per il paziente sull'intervento di chirurgia mammaria

Gentile signora, Gentile Signore

il suo medico, Prof. / Dott., nel contesto delle cure a Lei rivolte, le ha proposto di sottoporsi a intervento di chirurgia mammaria.

Il presente modulo ha lo scopo di informarla sulle caratteristiche dell'intervento a cui verrà sottoposto. La preghiamo pertanto di leggerlo attentamente e di chiedere qualsiasi spiegazione, informazione o ulteriori dettagli che desidera sapere ai medici che la stanno curando.

Perché mi devo sottoporre ad intervento di chirurgia mammaria?

Diagnosi: Lei è affetta da.....

Indicazioni all'intervento: l'intervento chirurgico sulla mammella è indicato in caso di:

- 1) PATOLOGIE MAMMARIE BENIGNE, (fibroadenoma, papilloma intraduttale, displasia mammaria, cisti, ginecomastia), in rapporto alla natura e dimensioni della patologia, quando la lesione è a rapido accrescimento;
- 2) PATOLOGIE MAMMARIE MALIGNI: in questi casi vi è un'indicazione assoluta all'intervento chirurgico, la cui tecnica chirurgica impiegata può variare in rapporto alla natura e dimensione della malattia mammaria.

Una diagnosi precoce di neoplasia maligna consente l'attuazione di interventi chirurgici per lo più conservativi che consentono di risparmiare parte più o meno grande della ghiandola mammaria.

La maggiore incidenza di lesioni di piccole dimensioni, per lo più associate a una negatività dei linfonodi ascellari (cioè senza interessamento dei suddetti linfonodi), ha consentito uno sviluppo sempre maggiore della chirurgia ambulatoriale.

Le principali controindicazioni alla chirurgia conservativa sono fattori che aumentano il rischio di recidiva locale, fattori che impediscano un buon risultato estetico nella conservazione dell'organo, fattori che impediscano la somministrazione della radioterapia. Il rapporto tra volume della neoplasia e volume ghiandolare rappresenta un elemento importante per la decisione sulla tecnica chirurgica da adottare: in alcuni casi nei quali tale rapporto sia al limite può essere opportuno prendere in considerazione la possibilità di effettuare una chemioterapia preoperatoria neoadiuvante.

In generale età, prognosi ed istotipo non dovrebbero condizionare la scelta del trattamento locale. L'età può considerarsi fattore di rischio soltanto se correlata con alcune caratteristiche morfo-biologiche sfavorevoli, quali grading, estesa componente intraduttale (maggiormente presente nelle donne molto giovani) e stato recettoriale.

In cosa consiste?

Tecniche/modalità di esecuzione: la tecnica chirurgica utilizzata varia in rapporto alla lesione mammaria, così come il tipo di anestesia che può essere:

- locale
- generale .

In ogni caso, qualsiasi intervento chirurgico è preceduto da un esame citologico o istologico (agoaspirato o agobiopsia) della lesione, che consente di una migliore definizione diagnostica al fine di programmare la tecnica chirurgica più appropriata.

La tecnica chirurgica, come detto, varia in rapporto alla natura e dimensione della malattia mammaria, potendo essere effettuata:

- **una tecnica conservativa**, che comprende:

- 1) la RESEZIONE MAMMARIA:
 - limitata (biopsia/tumorectomia)
 - ampia
- 2) la QUADRANTECTOMIA

- **una tecnica demolitiva**, che comprende

- 1) la MASTECTOMIA:

1) La **RESEZIONE MAMMARIA** è un intervento chirurgico conservativo che può essere effettuato in anestesia loco-regionale o generale, in corso di ricovero ospedaliero.

Consiste nell'asportazione di una porzione più o meno ampia di tessuto mammario, con risparmio della fascia muscolare.

- Nella **resezione mammaria limitata** (biopsia/tumorectomia) viene asportata una piccola porzione di tessuto mammario comprendente il tumore. Si procede effettuando un'incisione cutanea della lunghezza media di circa cm 2-3 cm; nelle forme superficiali la biopsia può contemplare l'asportazione di una porzione di cute soprastante la neoplasia per verificare se è presente infiltrazione cutanea del tumore.

Può essere effettuata nella stessa seduta operatoria ove sia possibile eseguire l'esame istologico estemporaneo; in caso contrario, quando a essa deve seguire un ulteriore intervento, consigliabile attendere il tempo necessario per ottenere una completa cicatrizzazione della sede del prelievo.

- Nella **resezione mammaria ampia**, dopo aver effettuata un'incisione cutanea di circa 2-3 cm, viene asportata una piccola porzione di tessuto mammario comprendente il tumore e un margine non inferiore al centimetro di parenchima circostante macroscopicamente sano.

In alcuni casi, quando è necessario asportare tutto il territorio duttale, può essere opportuno utilizzare l'incisione radiale a losanga cos. che l'intervento appare del tutto sovrapponibile alla classica quadrantectomia con margini peritumorali più limitati;

2) La **QUADRANTECTOMIA** è un intervento chirurgico conservativo e consiste nell'asportazione di un ampio settore di ghiandola mammaria (cioè un quadrante della mammella) con la cute soprastante e la fascia del muscolo grande pettorale.

Si procede effettuando un'incisione cutanea sulla mammella a forma di losanga (di dimensioni variabili in rapporto alle dimensioni del tumore), disegnata in modo che il taglio dell'esame bioptico, se effettuato, o il sottostante tumore vengano a trovarsi al centro della losanga stessa.

Incisa la cute, si procede all'asportazione della ghiandola mammaria allargandosi in profondità (a mò di trapezio) fino ad asportare la fascia del muscolo grande pettorale.

Per lesioni retroareolari non profonde è necessario asportare un cilindro di tessuto comprendente l'areola, il tumore e la fascia del pettorale.

3) LA **MASTECTOMIA** è un intervento chirurgico demolitivo e consiste nell'asportazione dell'intera ghiandola mammaria. Comprende diverse tecniche di esecuzione con risparmio più o meno ampio di cute e sottocute e, in casi selezionati, con risparmio del capezzolo (in questo caso è prevista l'irradiazione del complesso areola-capezzolo con elettroni).

Si inizia effettuando una incisione cutanea a losanga, che comprende il complesso areola-capezzolo. Incisa la cute, si procede effettuando l'asportazione dell'intera ghiandola mammaria, compresa la cute, il complesso areola-capezzolo e la fascia muscolare.

In casi in cui è documentata l'infiltrazione neoplastica del muscolo grande pettorale, è possibile procedere alla mastectomia secondo Halsted che prevede oltre a quanto sopra descritto, anche l'asportazione del muscolo grande pettorale.

Nei casi in cui è prevista una ricostruzione immediata della mammella, il chirurgo onco-plastico procede a creare una tasca sottomuscolare ed al posizionamento dell'espansore (protesi).

In presenza di neoplasia del diametro inferiore o uguale a 3 cm e con cavo ascellare clinicamente negativo (non linfonodi apprezzabili alla palpazione), è possibile eseguire la biopsia del linfonodo sentinella. Quest'ultimo rappresenta il primo linfonodo che drena la linfa dal tumore e quindi se negativo, cioè sano, è possibile risparmiare la dissezione dei linfonodi presenti nel cavo ascellare. Tale accertamento prevede la esecuzione di una linfoscintigrafia preoperatoria e l'utilizzazione nel corso dell'intervento di una sonda che capta una minima quantità di radiotracciante che individua il linfonodo sentinella.

In caso di positività del linfonodo sentinella e/o in caso in caso di linfonodi palpabili clinicamente prima dell'intervento chirurgico, sia in caso di intervento chirurgico conservativo che demolitivo, può essere necessario effettuare **la dissezione ascellare totale** che consiste nell'asportazione di alcuni (15-20) linfonodi ascellari con o senza asportazione del muscolo piccolo pettorale.

In alcuni casi può essere necessario effettuare un'incisione separata rispetto a quella mammaria, in corrispondenza del cavo ascellare.

Alla luce di quanto sopra, tutti gli accertamenti clinico-strumentali effettuati, rendono più indicata l'intervento chirurgico di.....

Decorso post-operatorio: la degenza postoperatoria, se non complicata (vedere rischi generici e specifici), si completa in 1-3 giorni (in rapporto al tipo di intervento). La dimissione può avvenire mantenendo un drenaggio; questo dovrà essere rimosso in ambulatorio, nei giorni successivi, in relazione alla quantità e alla qualità del materiale drenato.

Rischi legati all'intervento: come per tutti gli interventi chirurgici, anche in chirurgia mammaria, vi sono rischi generici e specifici.

1) **Rischi generici:**

- ◆ Ematoma locale
- ◆ Infezioni che possono richiedere anche il reintervento (e la rimozione dell'impianto protesico, quando presente);
- ◆ ritardi di cicatrizzazione (con rischio aumentato in pazienti fumatrici, diabetiche, obese, in trattamento con cortisone, o in donne già sottoposte a radioterapia nella stessa sede dell'intervento chirurgico) e/o difetti di cicatrizzazione (cicatrici patologiche fino al cheloide, cioè cicatrice esuberante, rilevata e deforme, della cute che si estende oltre i limiti della lesione primitiva), che può comportare retrazione della cute, affossamenti della ghiandola, deformazione del profilo mammario;
- ◆ Ogni intervento chirurgico ha in sé il rischio di complicanze respiratorie, cardiache, tromboemboliche, allergie o intolleranze a farmaci o materiali utilizzati;

2) **Rischi specifici:**

- ◆ In caso di utilizzo di materiale protesico (protesi, espansori): intolleranza, infezione, estrusione, contrattura capsulare, formazione di pieghe e solchi della superficie cutanea, alterazioni della posizione e della forma dell'impianto protesico anche in funzione della possibile asimmetria mammaria, rottura dell'impianto con fuoriuscita del gel di silicone o della soluzione fisiologica; in questi casi può essere necessario un eventuale ulteriore intervento.
- ◆ Come per tutti gli interventi chirurgici, vi possono essere inestetismi legati alla cicatrice (retrazione della cute, affossamenti della ghiandola, deformazione del profilo mammario) e alle sequele della cicatrizzazione (cicatrice fissa ai piani profondi, arrossata, larga, rilevata, cheloidea).
- ◆ Possibili alterazioni della sensibilità della cute e/o del capezzolo.
- ◆ In caso di interventi all'areola o al capezzolo e ai tessuti sottostanti, può essere impossibile l'allattamento dal lato operato, ridotta sensibilità, retrazione del capezzolo.
- ◆ Nel caso di interventi chirurgici effettuati per infezione (mastite, ascesso, fistola, galattoforite, ecc.), è possibile una ricomparsa del problema infettivo.
- ◆ Nel caso di infezioni acute o croniche della mammella, del capezzolo o dei dotti mammari, a seguito di asportazione dei dotti mammari, vi può essere la possibilità di non potere allattare dalla mammella operata.
- ◆ Nel caso di asportazione dei linfonodi: può rimanere un edema del braccio oltre alla facilità di episodi infiammatori. Possono essere inoltre presenti disturbi della sensibilità del cavo ascellare, della faccia interna dell'arto superiore. In alcuni casi può residuare una ridotta mobilità della spalla.
- ◆ Nel caso di impiego di sostanze traccianti (per il linfonodo sentinella) può manifestarsi allergia o intolleranza a tali sostanze. Nel corso dell'intervento chirurgico per il prelievo del linfonodo sentinella, può accadere che questo non venga individuato e si renda necessaria l'asportazione di tutti i linfonodi ascellari.

NOTA BENE: può essere necessario durante l'intervento, in situazioni particolari, cambiare il programma operatorio e essere necessarie procedure differenti e/o aggiuntive da quelle programmate (malattia più estesa del previsto, presenza di metastasi ascellari, neoplasie multifocali, problemi di vascolarizzazione della ghiandola mammaria).

Efficienza ed idoneità della struttura: tali interventi vengono eseguiti da personale dedicato a questa attività da oltre 20 anni, altamente esperto e qualificato, in un ospedale provvisto di apparecchiature idonee a fronteggiare le comuni situazioni di rischio.

Cosa comporta?

Come prepararsi: dopo la prima visita, Le vengono consegnati dei moduli da parte del chirurgo:

- per la prenotazione della visita anestesiologicala preoperatoria (da portare al C.U.P)
- per la messa in lista di attesa (da portare alla segreteria del Reparto)

In caso di malattia oncologica accertata, viene consegnato un modulo per l'esenzione del ticket (da consegnare alla ASL di appartenenza) e un recapito per un incontro con l'oncologo di riferimento.

L'inserimento nella lista operatoria viene fatto tenendo conto dei seguenti criteri:

- gravità della patologia,
- data di messa in lista di attesa (presso la segreteria),
- necessità di trattamenti ulteriori (es: chemioterapia, trattamenti con antibiotici, altri trattamenti),
- necessità di ulteriori approfondimenti diagnostici (es: ulteriore biopsia, risonanza magnetica, ...)

La lista operatoria viene compilata settimanalmente, le pazienti avvertite con sufficiente preavviso necessario:

- alla sospensione di eventuali terapie anticoagulanti,
- alla organizzazione familiare
- alla prenotazione di accertamenti pre-chirurgici: reperi mammari, linfoscintigrafia per il linfonodo sentinella; i luoghi e le date degli appuntamenti verranno comunicati direttamente alle pazienti.

Prescrizioni: nelle settimane successive all'intervento chirurgico, Lei dovrà avere cura di non traumatizzare la regione operata, di tenere il reggiseno (quando prescritto), di avvisare il chirurgo o il reparto in caso di comparsa di febbre, dolore, fuoriuscita di materiale dalla ferita, comparsa di arrossamento o aumento di consistenza della parte operata.

La necessità di sospensione delle attività lavorative dipende dalla tipologia del lavoro praticato, dal tipo di intervento effettuato, dalla necessità di trattamenti ulteriori (medicazioni, chemioterapia, radioterapia ...); in genere, si preferisce un rientro precoce alle normali attività nell'arco di 5-15 giorni.

Follow-up: in caso di malattia oncologica sarà necessario sottoporsi a controlli nei mesi e negli anni successivi secondo un calendario concordato di volta in volta con i medici. Questi controlli sono finalizzati alla sorveglianza della malattia e alla sua ricomparsa localmente.

Esistono alternative terapeutiche?

Alternative terapeutiche: come specificato sopra, soprattutto per la patologia neoplastica, la decisione al tipo di terapia è sempre collegiale (chirurgo, oncologo medico, radioterapista, patologo....), per cui vengono spiegate al paziente le indicazioni e le eventuali alternative terapeutiche.

Rischi se rifiuto o ritardo il trattamento: in caso di rifiuto e ritardo nella effettuazione dell'intervento chirurgico, soprattutto in caso di malattia neoplastica, si può verificare da un lato una progressione della stessa con accrescimento della lesione ed ulcerazione della mammella dall'altro la possibilità della propagazione della malattia a distanza.

La sottoscritta.....nata a.....il, dettagliatamente informata dal Dott. di essere affetta da..... e di necessitare di essere sottoposta a, dichiara di aver ricevuto il presente modulo informativo, che si impegna a leggere attentamente prima di fornire il consenso al trattamento.

Firma e timbro del medico
che ha informato il paziente

Firma del paziente
o del rappresentante legale

Perugia.....