

RICOSTRUZIONE POSTMASTECTOMIA

Dopo un intervento demolitivo per tumore della mammella è possibile procedere alla ricostruzione della mammella demolita.

Le tecniche chirurgiche ricostruttive sono diverse. La scelta di una metodica invece di un'altra dipende da diversi fattori: età della paziente, condizioni generali, qualità della pelle, tipo di demolizione effettuata, forma e volume della mammella del lato opposto.

Ricostruzione: immediata o differita

La ricostruzione mammaria può essere **immediata** cioè eseguita durante lo stesso intervento demolitivo oppure può essere differita e cioè eseguita in un secondo tempo, qualche mese dopo il primo intervento.

La ricostruzione differita può essere programmata dopo almeno 4-6 mesi dalla demolizione, quando la paziente è più serena e motivata e c'è la possibilità di scegliere modi e tattiche differenti.

Possono essere sottoposti a ricostruzione gli esiti dei seguenti interventi:

- *Mastectomia sottocutanea*
 - *Quadrantectomia*
 - *Mastectomia radicale modificata*
 - *Mastectomia radicale (secondo Halsted)*
-

Ricostruzione dopo mastectomia sottocutanea

La mastectomia sottocutanea consiste nell'asportazione dell'intera ghiandola mammaria preservando intatta la pelle sovrastante.

In questi casi si procede alla ricostruzione immediata in quanto, se non si integra rapidamente il volume asportato, la retrazione cicatriziale della pelle rende difficile la ricostruzione in un secondo tempo.

La protesi viene posizionata al di sotto dei muscoli del torace, in particolar modo il grande pettorale. Si possono usare protesi definitive oppure protesi espandibili. In molti casi è necessario un secondo intervento per modellare e riadattare la mammella del lato opposto sulla quale si esegue una mastoplastica riduttiva o una mastopessi (lifting del seno).

Ricostruzione della mammella dopo quadrantectomia

La quadrantectomia consiste nell'asportazione di una (quadrante) della mammella che comprende la parte di ghiandola interessata dalla malattia e che include la pelle sovrastante. La mammella residua viene successivamente sottoposta a radioterapia.

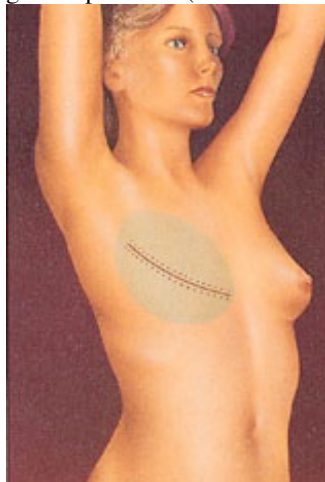
Normalmente la quadrantectomia lascia buoni risultati dal punto di vista estetico. Vi sono però delle situazioni (15-20%) in cui gli esiti sono sfavorevoli. Correggere queste situazioni dopo il trattamento radiante presenta non poche difficoltà per lo scarso trofismo ed elasticità dei tessuti irradiati. La situazione ottimale è la correzione immediata.

A seconda della deformità si possono adottare vari provvedimenti:

- *Rimodellamento del cono mammario*
 - *Integrazione volumetrica (protesi e/o lembo)*
 - *Integrazione cutanea (lembo di pelle o di pelle+muscolo)*
 - *Rimodellamento della mammella del lato opposto*
-

Ricostruzione post-mastectomia radicale.

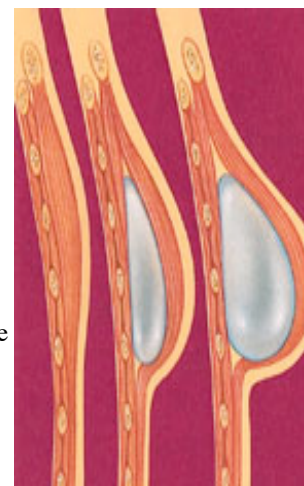
La mastectomia radicale consiste nell'asportazione dell'intera mammella inclusa la pelle e nell'asportazione dei muscoli pettorali (m. radicale sec. Halsted) oppure risparmiando il muscolo grande pettorale (m. radicale modificata).



La ricostruzione si può realizzare secondo tre tecniche di trattamento: Tessuto autologo cioè della paziente stessa (lembi muscolo-cutanei), con espansori cutanei e/o protesi, con lembi e protesi.

Nei casi in cui il muscolo pettorale è conservato e la pelle sovrastante è sufficiente per ricoprire un cono mammario è possibile la ricostruzione con il solo inserimento di una protesi mammaria definitiva. Questa soluzione si può però attuare raramente.

Più frequentemente vengono inserite delle protesi espandibili, che vengono collocate anch'esse sotto il piano muscolare e successivamente espanse con acqua fisiologica per incrementare lo spazio della mammella ricostruita. Questo tipo di protesi si utilizza in genere quando il volume da ricostruire è contenuto.

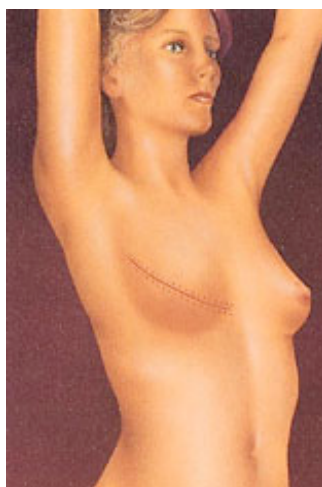


Gli espansori cutanei oggi vengono largamente usati sia nella ricostruzione immediata, sia in quella differita.

Il loro impiego permette (sebbene siano necessari due interventi) di dare una forma più naturale alla mammella ricostruita.

L'espansore viene posto sotto il grande pettorale e sotto il bordo mediano del muscolo dentato, un altro muscolo toracico.

. Attraverso una valvola inserita nell'espansore stesso si inserisce l'acqua fisiologica fino a raggiungere il volume desiderato. Nel secondo intervento si asporta l'espansore e lo si sostituisce con la protesi definitiva.



Ricostruzione con trasferimento di tessuti

Lembo toraco-dorsale:



questa tecnica viene usata quando non è disponibile un'adeguata quantità di cute di buona qualità per coprire una protesi mammaria.

Il lembo, che comprende anche la fascia muscolare, viene disegnato partendo dal solco sottomammario e viene esteso lateralmente. Viene trasferito ruotandolo di circa 90° per riempire la zona cicatriziale. Viene poi posizionata la protesi sotto il piano muscolare come sempre. Questa tecnica permette di risolvere senza espansione in unico tempo una

ricostruzione mammaria. Gli esiti cicatriziali sono più ampi ma rimangono in gran parte circoscritti nella coppa del reggiseno.

Lembo muscolocutaneo di gran dorsale:

l'utilizzo di questo lembo è riservato alle situazioni in cui c'è la necessità di reintegrare sia la pelle che il muscolo, sostituendo così il muscolo grande pettorale che può essere atrofico in seguito a trattamenti radianti o addirittura assente per demolizioni più radicali. Generalmente bisogna integrare il volume con una protesi.

Il lembo di gran dorsale è una valida alternativa alla ricostruzione con il muscolo retto addominale anche se è maggiormente adatto a ricostruire mammelle non molto voluminose o a reintegrare deficit vistosi di quadrantectomie.

Lembo muscolocutaneo di retto addominale (TRAM flap):

Questa tecnica permette di ricostruire una mammella di volume importante e adeguarla a una mammella controlaterale ptosica (cadente) e voluminosa.

E' infatti possibile trasferire nella regione mammaria un'ampia area di cute e tessuto adiposo posta nella parte inferiore dell'addome, al di sotto dell'ombelico.

I vantaggi di questo lembo sono i seguenti:

- il notevole apporto di pelle con il suo mantello adiposo sottocutaneo è sufficiente per ripristinare un ampio volume mammario e garantire un buon risultato estetico con una mammella naturalmente ptosica.
- non si utilizzano protesi ma solo tessuti della paziente stessa

Questa tecnica ha però diversi svantaggi:

- un'estesa cicatrice addominale orizzontale nella sede donatrice del lembo
- la debolezza della parete addominale con possibilità di laparoceli (ernie) secondari
- Il tempo operatorio è lungo, 4-5 ore.
- Esistono poi delle controindicazioni: grande obesità, fumo, diabete, turbe microvascolari.



Vi sono poi diverse alternative tecniche quali l'impiego di due muscoli retti insieme, per poter trasferire maggior quantità di tessuto possibile, oppure l'utilizzo di tecniche microchirurgiche per poter risparmiare tessuto muscolare e diminuire il rischio di laparoceli secondari (ernie addominali).

Correzione della mammella controlaterale

La ricostruzione mammaria, se si esclude la tecnica con il lembo muscolocutaneo di muscolo retto dell'addome, conduce ad una mammella conica e non ptosica. Ne consegue che molto spesso per ovviare a questa asimmetria si debba intervenire sulla mammella controlaterale (del lato opposto) nei seguenti modi:

1. *correggendone il grado di ptosi mediante mastopessi (lifting del seno) di bilanciamento*
2. *riducendone il volume con una vera e propria mastoplastica riduttiva*
3. *aumentandone il volume con una mastoplastica additiva calibrata.*

E' preferibile eseguire la simmetrizzazione della mammella controlaterale in un secondo tempo chirurgico, dopo almeno sei mesi dal primo, per permettere alla mammella controlaterale una stabilizzazione del risultato.

Ricostruzione di areola e capezzolo

L'ultimo passo della ricostruzione mammaria è la ricostruzione del complesso areola-capezzolo che viene eseguita quando le mammelle sono ben simmetrizzate e stabili.

Il capezzolo si può ricostruire utilizzando il capezzolo controlaterale: se il quest'ultimo è grosso e molto sporgente se ne può prelevare la metà e trapiantarla come innesto libero nella nuova sede. In

alternativa sono stati descritti numerosi metodi che utilizzano piccoli lembi locali che, ruotati, simulano l'aspetto di un capezzolo.

L'areola può essere ricostruita o con un innesto dall'areola controlaterale quando questa è di grandi dimensioni; diversamente si può utilizzare un innesto cutaneo prelevato alla radice della coscia. Infine si possono ottenere buoni risultati con la dermopigmentazione mediante tatuaggio. Presenta il vantaggio di non richiedere una sala operatoria e soprattutto di non aggiungere altre cicatrici.

Ricostruzione dopo quadrantectomia con lipofilling

Una nuova tecnica chirurgica detta lipofilling in grado di riempire il volume del quadrante mancante dopo quadrantectomia e ormai realtà.

Grazie alla tecnica del lipofilling, prelevando cioè il tessuto adiposo dalla stessa persona di solito dalle cosce esterne o dall'addome e reinserendolo nella stessa seduta nel quadrante mancante.

Come si svolge l'intervento?

Diciamo che è una tecnica abbastanza semplice e veloce da effettuarsi in anestesia locale in day-surgery. Si aspira innanzitutto del grasso dalle zone esterne delle cosce o dal pannicolo adiposo dell'addome ricco di cellule staminali totipotenti attraverso una piccola cannula. Quindi il grasso asportato viene messo in una speciale provetta per poi essere centrifugato attraverso una speciale apparecchiatura per ottenere un grasso concentrato e separato dagli elementi del sangue.

Quindi una volta riempita la siringa. Attraverso una piccola cannula viene inserito nel quadrante interessato, fino ad aumentare il volume mancante. Tale procedimento si può ripetere a distanza di alcune settimane qualora sia molto il volume da riempire. Tale metodica garantisce un buon riempimento con normale e naturale morbidezza del seno.

Per essere sottoposti a tale intervento è bene effettuare una visita preliminare per valutare la condizione della malattia e la situazione anatomica.