

CHIRURGIA ONCOPLASTICA: COSA DOBBIAMO FARE PER RESTITUIRE L'EQUILIBRIO CORPOREO?

Massimo Callegari, Andrea Grisotti

Indirizzo per corrispondenza: Dott. Massimo Callegari

Vicolo Calusca 10/A, 20123 Milano (MI) Italia
tel: +39 3356574067; e-mail: mcallegari@fastwebnet.it

ABSTRACT

Breast reconstruction is nowadays considered being one of the steps in breast oncological surgery. The techniques used today tend to be more surgically conservative. Immediate reconstruction is done with mammary expanders and silicone implants in the most various shapes and sizes; miocutaneous flaps of latissimus dorsi and rectus abdomini are more rarely used. Breast reconstruction is eventually completed with the reconstruction of the nipple-areola complex, lipofilling with autologous fat tissue and reshaping of the controlateral breast for a better symmetry.

Key words: *breast reconstruction; breast*

RIASSUNTO

La ricostruzione mammaria è ormai considerata una delle tappe della chirurgia oncologica mammaria. Le tecniche oggi in uso sono sempre più indirizzate verso l'aspetto conservativo. La ricostruzione immediata si avvale di protesi ad espansione e protesi mammarie con una varietà di forme e dimensioni sempre più ampia; i lembi miocutanei di grande dorsale e retto addominale sono utilizzati più raramente. La ricostruzione viene completata in tempi successivi con la ricostruzione dell' areola e del capezzolo, il lipofilling con tessuto adiposo autologo e l'adeguamento della mammella controlaterale per una maggiore simmetria.

Parole chiave: *ricostruzione mammaria; mammella*

La ricostruzione mammaria dopo interventi di chirurgia demolitiva per tumori al seno pur essendo una pratica ormai consolidata da anni, non è ancora uniformemente applicata in tutte le strutture che trattano questa patologia. Ciò avviene sia per ritardi nell'organizzazione di moderne breast units sia, più raramente, per ritardo culturale degli operatori. Vengono giustamente enfatizzate la diagnosi precoce e la terapia ma l'aspetto ricostruttivo spesso è relegato in secondo piano, lasciandolo alla richiesta spontanea delle pazienti, come se non fosse parte integrante della cura di questa malattia.

In realtà il benessere psico-fisico pieno e reale delle donne che si trovano a dover affrontare questa malattia, quasi sempre si ottiene con la ricostruzione dell'organo perduto.

La chirurgia oncologica della mammella si è indirizzata sempre più verso interventi conservativi, nonostante ciò l'esito estetico non è sempre soddisfacente, la chirurgia ricostruttiva ha saputo adeguarsi a questa evoluzione e offre soluzioni sia per gli interventi di mastectomia sia per quelli di quadrantectomia.

SCELTA DELLA TECNICA

Le tecniche che si possono utilizzare per ricostruire la mammella sono numerose, dal semplice impianto di protesi ai più complessi trasporti di lembi miocutanei, il criterio di scelta tiene conto di molteplici aspetti:

il tipo di asportazione, la qualità e la quantità di tessuto residuo, le aspettative della paziente, la forma e il volume della mammella controlaterale.

Riguardo alla scelta della tecnica, nel caso in cui si possa scegliere tra più opzioni, è buona regola applicare la tecnica meno impegnativa per la paziente, che permetta un veloce recupero limitando le interferenze e il ritardo delle terapie che possono seguire l'atto chirurgico.

Ormai è opinione consolidata che, se possibile, la ricostruzione deve essere immediata, cioè deve iniziare contemporaneamente all'intervento demolitivo, questo permette di abbreviare l'iter chirurgico di un tempo operatorio ed è importante che le unità di senologia che non possono avvalersi della collaborazione costante di un chirurgo plastico, abbiano chirurghi in grado di impiantare e gestire correttamente una protesi ad espansione per poter poi indirizzare le pazienti alle unità di chirurgia plastica con cui collaborano per completare la ricostruzione mammaria.

PROTESI MAMMARIE

Le protesi mammarie attualmente più utilizzate sono completamente costituite di silicone, hanno lo strato esterno gommoso e la parte centrale di gel coeso, che limita la trasudazione di gel attraverso la parete e mantiene la forma precostituita senza risentire della pressione

dei tessuti che le ricoprono, hanno una forma anatomica, cioè sono assottigliate al polo superiore e proiettate al polo inferiore. La superficie è "testurizzata" cioè rugosa, per permettere una maggiore adesione ai tessuti e per favorire la formazione di una capsula fibrosa periprotetica, che sempre circonda gli impianti, più favorevole, cioè meno spessa e meno contratta. Attualmente la gamma di dimensioni e di forma delle protesi è molto ampia e i parametri che si utilizzano per la scelta si basano su larghezza altezza e proiezione; vi è la possibilità di poter accoppiare alla medesima misura di larghezza diverse misure di altezza e proiezione, questo permette maggiore precisione nella ricostruzione del cono mammario. Un altro tipo di protesi mammaria è simile a quelle precedentemente descritte fatta eccezione per la superficie più esterna che ricopre lo strato gommoso che è di poliuretano, sono particolarmente indicate nell'utilizzo dopo radioterapia.

Non esistono studi clinici che indichino con esattezza la vita media di una protesi mammaria, quanto tempo passa dal suo impianto fino a quando la rottura o il deterioramento ne consiglino la sostituzione, è opinione diffusa che possano durare più di dieci anni, anche se non bisogna stupirsi delle eccezioni, l'osservazione clinica e il monitoraggio con ecografia, mammografia e risonanza magnetica sono fondamentali per avere informazioni precise sullo stato delle protesi. Nessuna protesi mammaria interferisce con le necessità di diagnosi e terapia successive all'intervento chirurgico.

RICOSTRUZIONE DOPO MASTECTOMIA

In caso di mastectomia gli interventi possibili sono: l'impianto semplice di protesi, l'impianto di protesi ad espansione, il lembo miocutaneo dorsale e impianto protesi e il lembo miocutaneo retto addominale; in pratica però con il livello raggiunto nella diagnosi precoce è eccezionale trovarsi nella necessità di utilizzare lembi miocutanei nella ricostruzione mammaria immediata.

L'impianto di una protesi mammaria definitiva non preceduta da espansione è poco frequente, si riserva a donne con mammelle di piccole dimensioni, con tessuti residui (muscoli pettorale e dentati, cute e sottocute) di qualità e quantità adeguate e la paziente deve essere informata della possibilità che l'intervento possa richiedere una ulteriore correzione per il raggiungimento del risultato ottimale in quanto la simmetria e il corretto posizionamento della protesi non sono obiettivi di sicuro raggiungimento con un unico intervento. Infatti anche se l'esperienza e le molteplici forme di protesi oggi a disposizione hanno aiutato molto a migliorare i risultati, non si può prevedere con esattezza come avverranno la cicatrizzazione e il riequilibrio della regione operata nei mesi successivi all'intervento.

Ad oggi la tecnica maggiormente usata è quella di impiantare una protesi ad espansione.

L'espansore è una protesi provvisoria con una valvola incorporata, che può essere facilmente reperibile attraverso la cute con un sistema di magneti e calamita, che viene riempita di soluzione fisiologica sia al momento dell'intervento sia nei giorni seguenti e permette di distendere gradualmente i tessuti creando lo spazio per il successivo impianto di una protesi definitiva. Viene impiantato al di sotto del muscolo pettorale e dei muscoli dentati subito dopo la mastectomia, allungando i tempi operatori di 45-60 minuti. Per poter procedere al completamento della ricostruzione mammaria è necessario lasciare intercorrere un periodo di tempo di almeno 3-4 mesi dal completamento dell'espansione, questo permette di intraprendere tutte le terapie che si rendono necessarie. Il completamento della ricostruzione mammaria avviene in tempi successivi, un primo intervento consiste nella sostituzione dell'espansore con una protesi definitiva e il contemporaneo adeguamento della mammella

Figura 1. Protesi ad espansione con sovrapposta la calamita che serve al reperimento dell'esatto sito di iniezione della valvola quando l'espansore è posizionato in regione mammaria. A fianco protesi in silicone di forma anatomica di dimensioni simili.

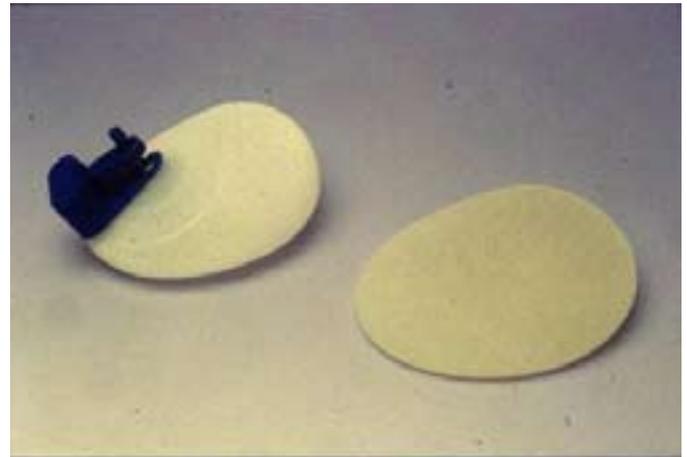


Figura 1a. La protesi ad espansione posata sulla cute in regione mammaria mostra come verrà posizionata all'interno dello spazio sottomuscolare creato.



Figura 1b. Protesi anatomiche ricoperte di poliuretano. Queste protesi vengono utilizzate dopo che l'utilizzo di protesi in silicone hanno prodotto una reazione fibrosa pericapsulare o dopo trattamenti radioterapici in sede di mastectomia che non abbiano lasciato segni clinicamente evidenti di danno tissutale.



controlaterale. Infatti non sempre è possibile ottenere una sufficiente simmetria con il solo impianto di una protesi, frequentemente è necessario intervenire anche sulla mammella controlaterale con interventi di mastoplastica riduttiva o mastopessi o mastoplastica additiva, tecniche uguali a quelle utilizzate in chirurgia estetica. A distanza di almeno 3-4 mesi, sempre per permettere ai tessuti di assestarsi in modo definitivo si procede alla ricostruzione del capezzolo: la prima scelta se le dimensioni lo consentono e la paziente concorda consiste nel trapianto di una porzione di quello residuo, la seconda scelta prevede l'utilizzo di lembi cutanei locali, se necessario durante questo tempo chirurgico è possibile migliorare la forma della mammella ricostruita con trapianti di tessuto adiposo con la tecnica del lipofilling; questo intervento è eseguibile in anestesia locale eventualmente associata a sedazione con un ricovero in day hospital. L'ultimo intervento è un tatuaggio per ricostruire l'areola e si può eseguire ambulatorialmente.

Gli interventi di ricostruzione mammaria con lembi miocutanei dorsale e retto addominale si utilizzano quando la quantità e la qualità dei tessuti residui non permettono l'uso di tecniche più semplici, hanno tempi operatori più lunghi, tre ore o più, alterano maggiormente l'equilibrio corporeo spostando unità muscolari dalla loro sede, lasciano esiti cicatriziali aggiuntivi e in alcuni casi, se si utilizzano tecniche microchirurgiche, necessitano di una organizzazione, di una equipe e di una strumentazione specializzate, disponibili solo in alcuni centri.

L'intervento con il lembo di gran dorsale consiste nell'isolare il muscolo dello stesso lato della mastectomia con una sovrastante isola cutanea e ruotare il lembo miocutaneo attraverso un tunnel sottocutaneo posto subito al di sotto del cavo ascellare fino a posizionarsi nella regione mammaria mastectomizzata, andando a reintegrare il muscolo pettorale e il piano cutaneo deficitarii. In genere il volume non è sufficiente e deve essere aumentato con l'impianto di una protesi posizionata al di sotto del muscolo ruotato.

La ricostruzione con il lembo retto addominale è quella che affascina maggiormente la fantasia perché si ricostituisce il volume ghiandolare mancante con tessuto autologo costituito principalmente dal grasso addominale che spesso dona un aspetto più naturale con meno fissità rispetto ad una protesi ed una morbidezza e palpabilità più vicina alla mammella naturale. Si allestisce prelevando una grossa losanga cutanea posizionata tra le spine iliache al di sotto dell'ombelico che mantiene la vascolarizzazione attraverso i vasi perforanti provenienti dal muscolo retto addominale, il lembo viene ruotato in regione mammaria attraverso un tunnel sottocutaneo che risale tutto l'addome e viene immediatamente modellato per assumere un aspetto quanto più simile alla mammella controlaterale. L'unità miocutanea viene trasferita con uno o due peduncoli vascolari (muscoli retti o strip muscolari) a seconda della quantità di tessuto che si vuole utilizzare ma in entrambi i casi la parete addominale risulterà indebolita così come i movimenti sostenuti da questi muscoli; minore danno residuo si può avere trasportando il lembo con tecniche microchirurgiche, perché si preleva solamente una piccola porzione muscolare.

La cicatrice è situata in posizione sovrapubica, anche se lunga è comunemente occultabile da un paio di mutandine.

Nonostante i risultati estetici siano molto spesso al di sopra della media, a causa del tempo operatorio di circa quattro ore, dell'indebolimento della parete addominale con la possibilità seppur rara di complicanze come il laparocoele, di un maggiore periodo riabilitativo postoperatorio rispetto agli altri interventi e delle controindicazioni come l'obesità, il fumo, il diabete, che aumentano il rischio di problemi vascolari del microcircolo, è consigliato utilizzare questo intervento solo in caso di effettiva necessità e non come prima scelta come si potrebbe essere indotti a credere.

Figura 1c. Serie di protesi anatomiche in silicone con dimensione di larghezza costante e con tre varianti nelle dimensioni di altezza e proiezione.

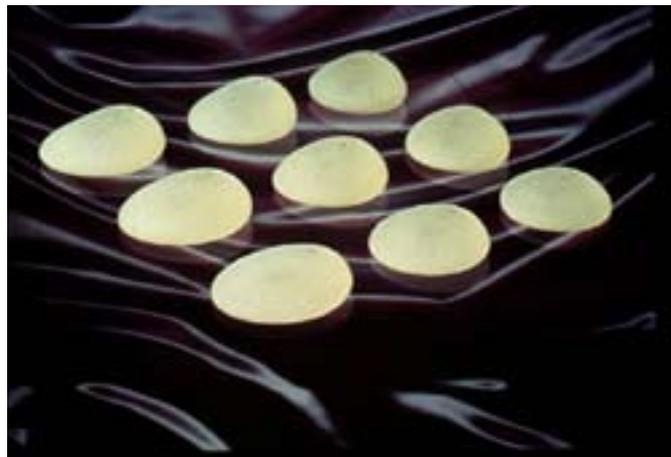


Figura 2. Foto pre operatoria di paziente candidata a mastectomia destra e contemporaneo impianto di espansore.



Figura 2a. Foto pre operatoria della stessa paziente con protesi ad espansione al termine del riempimento della protesi.



Figura 3, 3a, 3b. Foto frontale, laterale destra, laterale sinistra di un ottimo risultato di ricostruzione mammaria destra con espansore, sostituzione con protesi anatomica in silicone, mastoplastica sinistra, ricostruzione capezzolo con innesto dal controlaterale e ricostruzione dell'areola con tatuaggio.



Figura 4. Schema di lembo miocutaneo dorsale.



Figura 4a Esito di quadrantectomia infero interna; qualità e quantità dei tessuti non consentono una ricostruzione con lembi dermoghiandolari.



Figura 4b Risultato finale dopo ricostruzione con lembo miocutaneo di grande dorsale e impianto di protesi bilaterale.



Figura 5. Esito di quadrantectomia infero interna destra; è evidente lo schema della mastoplastica che verrà eseguita.



Figura 5a. La disepitelizzazione dell'area periareolare è già stata eseguita.



Figura 5b. I lembi dermoghiandolari sono già stati mobilizzati.



Figura 5c. Risultato intraoperatorio finale dopo che è stata eseguita anche una mastoplastica riduttiva sinistra.



RICOSTRUZIONE DOPO CHIRURGIA CONSERVATIVA

Anche gli esiti di quadrantectomia non possono essere sempre soddisfacenti perchè dipendono dalla quantità e dalla sede del tessuto asportato in relazione alla dimensione della mammella: l'asportazione ad un quadrante supero-esterno di una mammella di grosse dimensioni lascerà probabilmente una lieve differenza di volume che non necessita correzioni, una quadrantectomia al quadrante infero-interno di una mammella di piccole dimensioni avrà sicuramente bisogno dell'intervento del chirurgo plastico.

Le deformità più frequenti che si possono riscontrare sono i deficit localizzati del tessuto mammario, la dislocazione dell'areola e la retrazione del parenchima conseguente a radioterapia.

A seconda dei casi si cercherà di correggere queste distorsioni con lembi dermoghiandolari di tessuto mammario, con mastoplastiche riduttive o mastopessi riadattate in modo da far combaciare l'asportazione di tessuto con l'asportazione del tumore, con lipofilling e in casi estremi con lembi miocutanei; il modellamento della mammella controlaterale è quasi sempre necessario.

Figura 6. Schema di ricostruzione dopo quadrantectomia centrale con lembi dermoghiandolari secondo tecnica di A. Grisotti

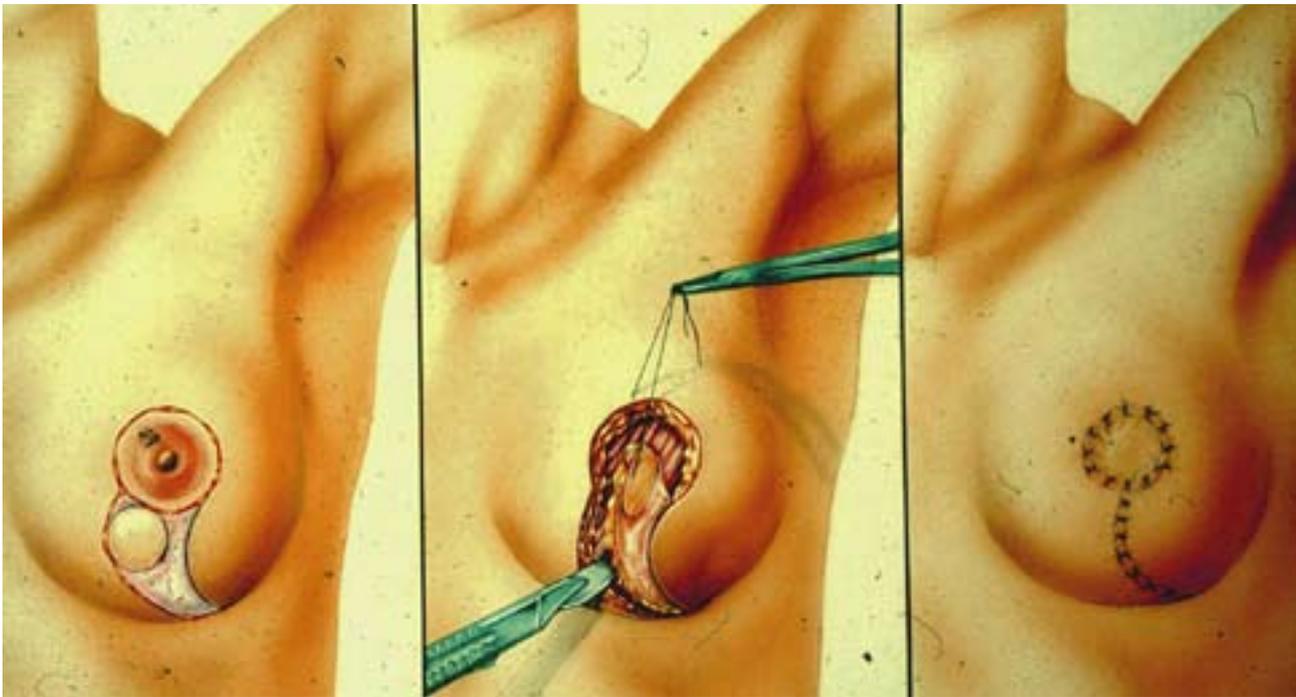


Figura 7. Schema di mastoplastica riduttiva a peduncolo inferiore; tecnica applicabile alle quadrantectomie in cui il nodulo tumorale è in posizione sovra aureolare tra i quadranti superiori.

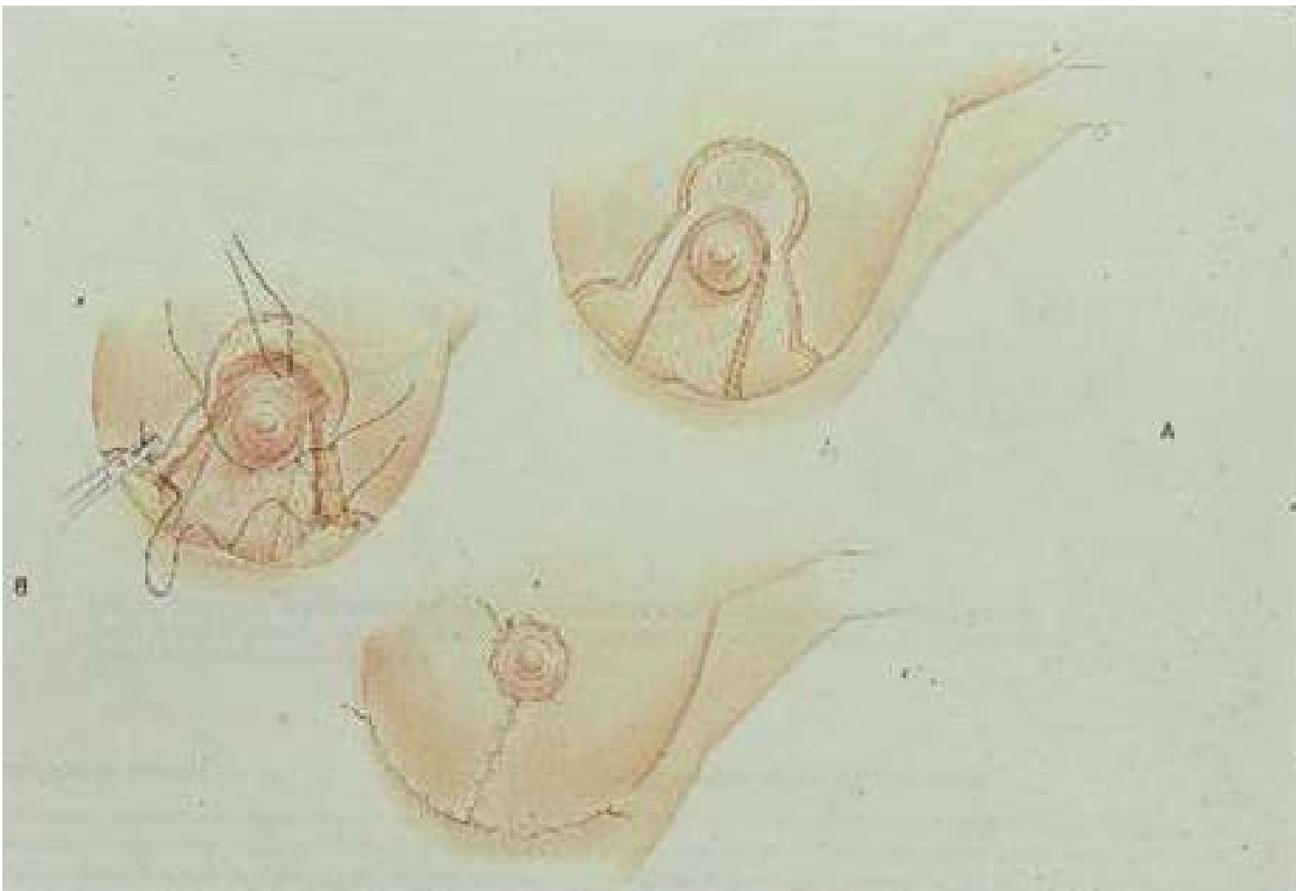
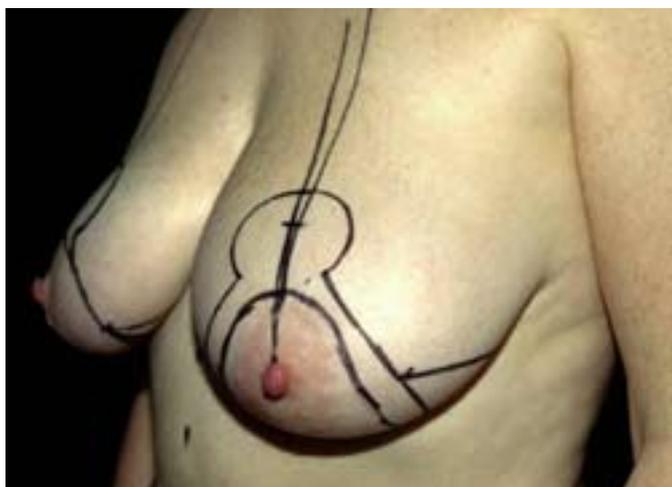


Figura 7a. Disegno preoperatorio in veduta laterale sinistra.

La correzione immediata, se è possibile, è la scelta migliore perché gli effetti della radioterapia complicano l'esecuzione degli interventi.

CONCLUSIONI

Infine bisogna sottolineare quanto siano importanti l'informazione e la comunicazione con la paziente.

I chirurghi senologi talvolta cercano di alleviare la tensione che si procura dando la notizia di dover asportare un organo importante come la mammella rifugiandosi dietro il facile ottimismo del "tanto poi la ricostruiamo"; le false aspettative che si alimentano possono rendere insufficiente anche la ricostruzione tecnicamente meglio riuscita, perché non è possibile ricostruire una mammella uguale alla precedente.

I chirurghi plastici hanno di fronte una persona fortemente preoccupata del suo stato di salute che viene investita in pochi minuti da una notevole quantità di informazioni ed è difficile che siano tutte recepite in modo esaustivo; devono quindi accertarsi che le informazioni essenziali siano

Figura 7b. Risultato finale prima dell'esecuzione della radioterapia.

state ben comprese e rendersi disponibili ad ulteriori spiegazioni in tempi successivi.

Una corretta informazione deve affrontare i motivi che portano a scegliere una tecnica rispetto alle altre, spiegare l'iter chirurgico e i tempi che necessitano per riprendere le normali attività, le possibili complicazioni, la possibilità di reintervenire per migliorare i risultati, deve essere chiara sull'utilizzo dei materiali impiegati, sulla durata delle protesi e la necessità di sostituirle in caso di deterioramento, sulla loro sicurezza, sulle possibili interferenze nell'esecuzione di esami diagnostici come le mammografie standard e la conseguente necessità di informare il radiologo in modo che possa indagare con tecniche e metodiche adeguate.

In conclusione si può affermare che il riequilibrio corporeo e psicofisico dopo interventi per tumore della mammella è ottenibile, l'importante è scegliere la tecnica più idonea, che non può essere standardizzata e raggiungere l'obiettivo coinvolgendo le pazienti nelle scelte chirurgiche effettuate.