

**MODULO INFORMATIVA PER IL PAZIENTE****Nome e Cognome** \_\_\_\_\_**data di nascita** \_\_\_\_\_

Quali sono le sue condizioni di salute?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Trattamento proposto:	<b>EVACUAZIONE EMATOMA MAMMARIO</b> e revisione emostasi di <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> mammella <input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> sinistra <input type="checkbox"/> bilaterale
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa?	L'intervento chirurgico è indicato in caso di sanguinamento e formazione ematoma in regione mammaria. L'intervento chirurgico proposto consiste in rimozione della raccolta di sangue ed esecuzione di accurata emostasi dei vasi e dei tessuti sanguinanti (arresto dell'emorragia). Si esegue di solito in anestesia generale ed ha una durata di circa un'ora. Eventuali variazioni prevedibili nel corso della procedura: - Toilette chirurgica dei tessuti morti in caso di sofferenza tessutale - Ricostruzione di eventuali perdite di sostanza con lembi - Sostituzione o rimozione dell'impianto protesico E' possibile che il chirurgo modifichi la tecnica concordata qualora lo ritenesse necessario, ovvero qualora l'esplorazione mostrasse variabili non prevedibili.
Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?	L'intervento proposto è preferibile perché bilanciando gli aspetti favorevoli ed avversi delle possibili alternative, esso appare ottenere il miglior risultato, secondo le attuali conoscenze mediche specialistiche. Il procedimento chirurgico proposto può necessitare di un ulteriore intervento di revisione successiva, al fine del miglioramento funzionale.
Quali sono i possibili problemi di recupero?	Nel post-operatorio c'è dolore nelle prime ore a cui si sostituisce un senso più generale di dolenzia o fastidio, che tende a ridursi spontaneamente di intensità nei giorni successivi, ed è controllabile con una adeguata terapia analgesica. C'è edema, ossia gonfiore di grado più meno intenso, per i primi 7-14 giorni, che poi inizia a ridursi anche se permane per alcune settimane o mesi. La medicazione non va rimossa o bagnata per 14 giorni. Sono inoltre necessarie medicazioni successive alla dimissione che vengono eseguite presso l'ambulatorio e poi eventualmente anche a domicilio. Sono necessari eventuali ulteriori controlli a distanza.

	<p>Le eventuali suture non riassorbibili vengono rimosse dopo 7-14 giorni, altre riassorbibili non necessitano di rimozione e sono a permanenza. Docce, bagni e shampoo sono consentiti generalmente dopo 14 giorni o a guarigione. La guida dell'automobile può essere ripresa dopo 14 giorni. È opportuno evitare sforzi, carichi ed attività sportive o attività lavorative pesanti per 2 mesi. È necessario indossare un reggiseno post-operatorio o sportivo (contenitivo, con allacciatura frontale e senza ferretti) per 1 mese giorno e notte ed il secondo mese solo di giorno. E' indicata astensione dal fumo fino a guarigione.</p> <p>A guarigione è utile l'applicazione di crema idratante o per cicatrici per circa 6 mesi, evitare l'esposizione solare diretta ed applicare crema solare 50+ o 100+ per 8-12 mesi.</p>
Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	Le conseguenze al non intervento sono: progressivo peggioramento della situazione locale (peggiore del sanguinamento), sofferenza dei tessuti con possibile necrosi, deiscenza della ferita chirurgica, necessità di rimozione di eventuali impianti protesici, rischio aumentato di contrattura capsulare, perdita importante di liquidi e siero, progressione del sanguinamento fino allo shock emorragico nei casi più estremi.
Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?	<p>Il procedimento chirurgico non è esente da complicazioni, sia generiche che specifiche. Le complicanze generiche sono in rapporto con l'età, con le condizioni generali, con pregressi o latenti stati patologici come cardiopatie, insufficienza respiratoria e renale, malattie emocoagulative, diminuzione delle difese immunitarie, diabete, obesità, collagenopatie.</p> <p>Le complicanze specifiche sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- INFEZIONE (1-35%): in genere è conseguente a penetrazione di germi nella ferita, può provocare la deiscenza (apertura) della ferita con fuoriuscita di pus; è curabile con terapia antibiotica e medicazioni o, in alcuni casi, in caso di mancata risposta alla terapia antibiotica, è necessaria la revisione chirurgica. Il fumo aumenta sensibilmente il rischio di complicanze, soprattutto in termini infettivi e di necrosi.</li> <li>- SANGUINAMENTO: se di lieve o moderata entità il più delle volte si risolve spontaneamente e non richiede intervento chirurgico; se cospicuo può richiedere una revisione chirurgica per una migliore emostasi (arresto dell'emorragia) e rimozione dei coaguli. Se massivo, può richiedere la necessità di trasfusioni di sangue. Avviene raramente e sono a maggior rischio i pazienti che assumono terapie antaggreganti e/o anticoagulanti.</li> <li>- EMATOMA: è una raccolta di sangue localizzata a livello locale; se di lieve o moderata entità il più delle volte si risolve spontaneamente e non richiede intervento chirurgico; se cospicuo può richiedere una revisione chirurgica per evacuazione dello stesso ed una migliore emostasi. Può richiedere la necessità di trasfusioni di sangue. Avviene raramente e sono a maggior rischio i pazienti che assumono terapie antaggreganti e/o anticoagulanti.</li> <li>- SIEROMA (1-20%): raccolta di siero sottocutaneo che può comportare la necessità di evacuazione mediante aspirazione o drenaggio chirurgico.</li> <li>- CICATRICE PATOLOGICA: tutti gli interventi lasciano cicatrici, alcune più visibili di altre. Le cicatrici possono avere colorazioni differenti rispetto alla cute circostante, causare asimmetrie, essere molto sviluppate e divenire patologiche, ossia ipertrofiche, cheloidee o atrofiche. Le cicatrici ipertrofiche o cheloidee producono tessuto cicatriziale in eccesso, e si manifestano con rossore, dolore, indurimento e rilevatezza della cicatrice stessa e dei tessuti circostanti, nella maggioranza dei casi si limitano solo alla cute e vanno trattate con il massaggio mediante l'uso di gel o creme specifici, ma in alcuni rari casi si diffondono ai tessuti sottostanti potendo coinvolgere anche le strutture</li> </ul>

profonde e determinare un'aderenza con le stesse. Le cicatrici atrofiche producono tessuto cicatriziale in difetto e si manifestano con depressione ed allargamento della cicatrice, determinando un avvallamento di cute e sottocute. La cicatrizzazione patologica è conseguente, prevalentemente, alle caratteristiche proprie del paziente, ossia costituisce un evento imprevedibile perché legato alla capacità di ciascuno di formare tessuto cicatriziale patologico indipendentemente dalla tecnica chirurgica utilizzata e dal tipo di intervento subito.

- **ALTERAZIONE DELLA SENSIBILITA' DELLA MAMMELLA**, in particolare del complesso areola-capezzolo: parestesia, ovvero formicolio localizzato a livello dell'area operata e circostante, che in genere si risolve spontaneamente nel giro di qualche settimana (frequentemente); ipoestesia, ovvero diminuzione della sensibilità a livello dell'area operata e circostante, che in genere tende a migliorare nell'arco di qualche mese (frequentemente); fino all'anestesia, ovvero scomparsa della sensibilità a livello dell'area operata e circostante, che può rimanere per sempre (raramente).

- **SOFFERENZA o NECROSI DEI LEMBI CUTANEI e/o DEISCENZA DELLA FERITA CHIRURGICA**: sofferenza della cute circostante e apertura della ferita chirurgica, conseguente ad un deficit di vascolarizzazione dovuto alla rimozione del tessuto adipoghiandolare sottostante. In particolare all'incrocio delle suture, specialmente in pazienti diabetiche, sovrappeso, fumatrici. Comporta la necessità di ulteriori medicazioni e talvolta la revisione chirurgica delle ferite, mediante risutura delle stesse o copertura con lembi.

- **SOFFERENZA o NECROSI DEL COMPLESSO AREOLA-CAPEZZOLO**: il complesso areola-capezzolo può non sopravvivere, a causa di un deficit di vascolarizzazione ed andare incontro a morte parziale o totale, con conseguente perdita parziale o totale del complesso stesso. In tal caso può rendersi necessaria l'asportazione del tessuto necrotico (morto) e un'eventuale nuova ricostruzione del complesso areola-capezzolo a distanza.

- **LIPONECROSI**: raramente, il tessuto adiposo sottocutaneo può andare incontro a necrosi e colliquare creando una raccolta organizzata sottocutanea e/o fuoriuscita di secrezioni dalla sutura. In genere si risolve spontaneamente o può richiedere intervento chirurgico. Può portare ad irregolarità cutanee, ondulazioni, avvallamenti o infossamento dell'areola.

- **ASIMMETRIE**: frequenti; possono riguardare la forma, le dimensioni e/o la posizione dei complessi areola-capezzolo e delle mammelle. Possono essere transitorie, dovute a presenza di edema, o definitive; e si possono eventualmente correggere, se francamente e macroscopicamente evidenti, in un secondo tempo chirurgico dopo almeno 6-12 mesi a cicatrici stabili.

- **INCAPACITA' D'ALLATTARE**: il rimodellamento della mammella, lo spostamento del complesso areola-capezzolo e l'ematoma con formazione di tessuto cicatriziale possono comportare una compromissione dei dotti galattofori.

Complicanze aggiuntive in caso di ricostruzione mammaria con espansore o protesi:

- **INFEZIONE**: in genere è conseguente a penetrazione di germi nella ferita, può provocare la deiscenza (apertura) della ferita con fuoriuscita di pus; è curabile con terapia antibiotica o in alcuni casi, in caso di mancata risposta alla terapia antibiotica, è necessaria la sostituzione o rimozione dell'impianto.

- **CONTRATTURA CAPSULARE**: nella maggior parte dei casi la mammella rimane morbida, seppur l'organismo fisiologicamente produca una reazione cicatriziale nei confronti del corpo estraneo, che porta alla formazione di una capsula periprotetica. In



benefici e/o le complicanze/effetti indesiderati conosciuti?	aumento dell'ematoma, sofferenza dei tessuti con possibile necrosi, deiscenza della ferita chirurgica, necessità di rimozione di eventuali impianti protesici, rischio aumentato di contrattura capsulare.
Chi saranno i medici e il personale sanitario che propongono ed eseguiranno il trattamento?	L'intervento chirurgico viene eseguito dai medici di Chirurgia Plastica o specialità equipollente. In casi selezionati di interventi combinati in cui siano richieste competenze di altre specialità ci si può avvalere di altri medici specialisti.

Qualora lo ritenga necessario, l'equipe è sempre a disposizione per fornire ulteriori informazioni.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO

\_\_\_\_\_