

**NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE****Nome e Cognome** _____**data di nascita** _____

Quali sono le sue condizioni di salute?	La ginecomastia consiste nell'aumento di volume delle mammelle nell'uomo. Essa può essere a carico di una o di entrambe le mammelle ed essere conseguente all'aumento del tessuto adiposo (GINECOMASTIA falsa) o del tessuto ghiandolare (GINECOMASTIA vera) oppure a carico di entrambi questi due tipi di tessuto (GINECOMASTIA mista). La ginecomastia può essere di grado lieve-moderato fino ad arrivare a mammelle di dimensioni molto rilevanti.
Trattamento proposto:	Correzione GINECOMASTIA _____ _____ _____ _____ _____ _____ 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?	<p>Nelle ginecomastie di lieve-moderata entità la correzione può essere effettuata mediante una lipoaspirazione a cui, nel caso di una ginecomastia vera o mista, si assocerà una mastectomia sottocutanea, ossia l'asportazione della ghiandola mammaria in eccesso con una incisione periareolare. La cute si riadatterà al minore volume grazie alla sua elasticità. Nelle ginecomastie più voluminose, con grande sovrabbondanza di cute e grasso, è necessario asportare anche la cute in eccesso mediante plurime ed ampie incisioni cutanee, ossia periareolare (circonferenziale a livello del complesso areola-capezzolo), verticale (lungo la dimensione verticale della mammella) ed orizzontale a livello del solco sottomammario.</p> <p>L'intervento viene eseguito in anestesia generale e necessita di un tempo chirurgico di circa di un'ora e mezza-due.</p> <p>Eventuali variazioni prevedibili nel corso della procedura:</p> <ul style="list-style-type: none">- Potrebbe essere necessaria, anche nei casi in cui si è programmata la sola lipoaspirazione, associare la mastectomia sottocutanea. <p>E' possibile che il chirurgo modifichi la tecnica concordata qualora lo ritenesse necessario, ovvero qualora l'esplorazione mostrasse variabili non prevedibili.</p>
Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?	<p>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.</p> <p>Il procedimento chirurgico proposto può necessitare di un ulteriore intervento di revisione successiva, al fine del miglioramento funzionale.</p>
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

	<p>edema, ossia gonfiore di grado più meno intenso, ed ecchimosi, ossia lividi, per i primi 7-14 giorni, che poi iniziano a ridursi anche se l'edema permane per mesi. In caso di mastectomia sottocutanea, sono presenti dei drenaggi (tubicini di silicone), che servono a drenare i liquidi dei tessuti e che vengono rimossi nell'arco di qualche giorno a seconda della quantità di liquido drenato. Anch'essi possono essere causa di dolore, o meglio fastidio, che cesserà con la loro rimozione.</p> <p>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> <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. È opportuno evitare sforzi, carichi ed attività sportive o attività lavorative pesanti per almeno 1 mese. È necessario indossare una fascia mammaria o corpetto per ginecomastia elasto-compressivo per 1 mese giorno e notte ed il secondo mese solo di giorno. E' indicato astenersi 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> <p>Le cicatrici possono avere posizioni differenti a seconda della quantità di cute da rimuovere. Le cicatrici sono permanenti e la loro evidenza è legata alle caratteristiche biologiche individuali del paziente.</p>
Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	Nessuna, ossia permanenza del quadro clinico in essere.
Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?	<p>Il procedimento chirurgico non è esente da complicazioni, sia generiche che specifiche.</p> <p>Le <u>complicanze generiche</u> 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 <u>complicanze specifiche</u> sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 e medicazioni. Avviene raramente. Può necessitare di revisione chirurgica. Il fumo aumenta sensibilmente il rischio di complicanze, soprattutto in termini infettivi e di necrosi. - 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. E' importante seguire le indicazioni post-operatorie: evitare attività sportiva o lavorativa pesante, astenersi dall'uso dei FANS (Farmaci Antinfiammatori Non Steroidei) 10 giorni prima e dopo l'intervento chirurgico. Avviene raramente e sono a maggior rischio i pazienti che assumono terapie antiaggreganti e/o anticoagulanti.

	<ul style="list-style-type: none"> - 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 antiaggreganti e/o anticoagulanti. - SIEROMA: raramente, raccolta di siero sottocutaneo che può riassorbirsi spontaneamente o comportare la necessità di evacuazione mediante aspirazione o drenaggio chirurgico. - 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 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 adipo-ghiandolare sottostante. In particolare all'incrocio delle suture, specialmente nelle grandi ginecomastie e/o in pazienti diabetici, sovrappeso, fumatori. Comporta la necessità di ulteriori medicazioni e talvolta la revisione chirurgica delle ferite, mediante risutura delle stesse. - SOFFERENZA o NECROSI DEL COMPLESSO AREOLA-CAPEZZOLO: il complesso areola-capezzolo può non sopravvivere, a causa di un deficit di vascolarizzazione dovuto alla rimozione del tessuto adipo-ghiandolare sottostante, 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 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
--	--

