

**NOTA 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: | <p>Intervento chirurgico di ricostruzione dei tessuti molli con LEMBO LIBERO PERFORANTE DELL'ARTERIA EPIGASTRICA INFERIORE PROFONDA (DIEP) _____</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
| | Lato <input type="checkbox"/> assente <input type="checkbox"/> destro <input type="checkbox"/> sinistro <input type="checkbox"/> bilaterale |
| Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa? | <p>La terapia chirurgica è indicata nella copertura di perdite di sostanza di elevate dimensioni e/o di tipo cavitario, con esposizione di tessuti nobili profondi, quali ossa, tendini, vasi e nervi principali.</p> <p>Rappresenta inoltre la tecnica più frequentemente utilizzata per la ricostruzione mammaria con tessuti autologhi (propri) senza bisogno di protesi. L'obiettivo è di ottenere la migliore simmetria possibile tra la mammella ricostruita e quella conservata, sebbene la mammella ricostruita non sarà mai come quella naturale.</p> <p>L'intervento chirurgico proposto consiste in un prelievo di tessuti autologhi (cute, sottocute) dalla regione addominale infra-ombelicale per la copertura di una perdita di sostanza. La dissezione del lembo richiede un'ampia incisione chirurgica nella porzione bassa dell'addome. L'isolamento dei vasi sanguigni del lembo richiede quasi sempre una dissezione intramuscolare del muscolo retto dell'addome. Una volta isolato il lembo, esso viene trasferito nella sede ricevente e anastomizzato microchirurgicamente ai cosiddetti vasi locali riceventi. L'area di prelievo del lembo viene chiusa mediante una tecnica di addominoplastica con riposizionamento dell'ombelico.</p> <p>L'intervento può essere eseguito solo in anestesia generale ed ha una durata generalmente variabile dalle 4 alle 8 ore.</p> <p>Eventuali variazioni prevedibili nel corso della procedura:</p> <ul style="list-style-type: none">- In caso di assenza di vasi perforanti utili all'allestimento del lembo, si opta nella maggior parte dei casi per ricostruzione con lembo di muscolo gran dorsale /TDAP e protesi.- Qualora le condizioni locali non lo permettano, non si procederà alla ricostruzione mammaria. |

| | |
|---|--|
| | E' possibile che il chirurgo modifichi la tecnica concordata qualora lo ritenesse necessario, ovvero qualora l'esplorazione mostrasse ulteriori strutture lesionate e/o variabili non prevedibili. |
| 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? | <p>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. 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>È necessario indossare una guaina addominale elasto-compressiva, fin dall'immediato post-operatorio e per 2 mesi post-operatori.</p> <p>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. In caso di intervento su un arto superiore o inferiore, l'arto va mantenuto in scarico per 21 giorni o fino a guarigione. In caso di arto inferiore, non si può caricare sull'arto per i primi 21 giorni, per cui è opportuno mobilizzarsi con stampelle o carrozzina. Le eventuali suture non riassorbibili vengono rimosse dopo 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 2 mesi.</p> <p>In caso di ricostruzione mammaria, dopo 14 giorni si può 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.</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: persistenza di ampia ferita con rischio progressivo nel tempo di sovrainfezione delle strutture nobili profondi e/o dei mezzi di sintesi esposti, con conseguente peggioramento locale. In caso di rifiuto della ricostruzione mammaria, l'assenza della mammella. |
| 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 e collagenopatie.</p> <p>Le <u>complicanze specifiche</u> sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TROMBOSI DEL PEDUNCOLO: in alcuni casi si può verificare un'interruzione del flusso sanguigno del peduncolo con conseguente ischemia arteriosa o stasi venosa del lembo. Tale evenienza, seppur rara, comporta un elevato rischio di necrosi completa del lembo e necessita di una tempestiva revisione chirurgica dell'anastomosi entro 4-6 ore. Nonostante una eventuale revisione chirurgica, è comunque possibile che si possano verificare ulteriori |

| | |
|--|--|
| | <p>fenomeni trombotici e che si verifichi la necrosi del lembo. La maggior parte dei fenomeni trombotici avviene entro i primi 5 giorni dall'intervento stesso.</p> <ul style="list-style-type: none"> - SOFFERENZA o NECROSI PARZIALE O TOTALE DEL LEMBO: raramente il lembo può non sopravvivere parzialmente o totalmente nonostante non si siano verificate interruzioni di flusso sanguigno al peduncolo, e si possono demarcare nei giorni successivi all'intervento delle aree di sofferenza vascolare del lembo. A necrosi demarcata, è di norma necessaria una revisione chirurgica per effettuare la pulizia dei tessuti disvitali. Il fumo aumenta sensibilmente il rischio di complicanze, soprattutto in termini infettivi e di necrosi. - ERNIE ADDOMINALI/LAPAROCELI (2-33%): la necessaria apertura della fascia profonda a livello addominale, al fine di isolare il peduncolo vascolare dal muscolo retto dell'addome, può causare la comparsa a distanza di settimane/mesi dall'intervento di ernie della parete addominale o laparoceli; nel caso in cui compaiono, è spesso necessario doversi poi sottoporre ad interventi di chirurgia della parete addominale. - INDEBOLIMENTO DELLA PARETE MUSCOLARE ADDOMINALE: data dall'eventuale interruzione dei rami nervosi motori intercostali, con conseguente deficit di contrazione dei muscoli retti addominali. - CICATRICI PATOLOGICHE, DISTROFICHE E DOLENTI (5%): tutti gli interventi lasciano cicatrici, alcune più visibili di altre sia in sede ricevente sia in sede di prelievo del lembo è possibile che residuino cicatrici molto evidenti ed estese che, nel tempo, possono avere colorazioni differenti, rispetto alla cute circostante, causare asimmetrie, evolvere dando luogo a cicatrici patologiche atrofiche, diastasate, ipertrofiche e/o cheloidee, a seconda del paziente, che non sono né predicibili né prevenibili. In taluni casi, possono essere legate a dolore cronico, sia spontaneo sia alla digitopressione e/o contrazione dei muscoli sottostanti. 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. - NECROSI DELL'OMBELICO (2-3%): in alcuni casi o per devascolarizzazione chirurgica o per eccessiva tensione/pressione locale cutanea, si può verificare una necrosi parziale o completa dell'ombelico che può alternarne in modo permanente forma e dimensioni. In rari casi, può essere necessario dove effettuare ulteriori interventi chirurgici ricostruttivi. - ADIPONECROSI (0-12%): in rari casi, anche in caso di assenza di problemi vascolari a carico del peduncolo del lembo e dell'anastomosi microchirurgica, si può verificare nel corso delle prime settimane/mesi dopo l'intervento una perdita di volume della regione ricostruita (problema evidente soprattutto a livello mammario) a causa di una necrosi parziale del tessuto adiposo del lembo. - INFEZIONE (1-12%): in genere è conseguente a penetrazione di germi nella ferita, può provocare la deiscenza (apertura) della ferita con fuoriuscita di pus, sia in sede ricevente sia in sede di prelievo del lembo a livello addominale. E' curabile solitamente con terapia antibiotica e medicazioni o, in alcuni casi, con revisione chirurgica, soprattutto in rari casi di infezioni necrotizzanti dei tessuti (es. fascite necrotizzante), che possono necessitare di ulteriori interventi chirurgici di bonifica dell'infezione con esiti cicatriziali a volte deturpanti. Avviene raramente. Il fumo aumenta sensibilmente il rischio di complicanze, soprattutto in termini infettivi e di necrosi. - DEISCENZA DI FERITA: in alcuni casi l'eccessiva tensione cutanea della sutura può provocare una riapertura della ferita. Se di piccola entità, questa viene gestita e fatta guarire con medicazioni. Quando di entità maggiore, viene trattata o con una revisione chirurgica o con un innesto cutaneo. |
|--|--|

- **ALTERAZIONI DELLA SENSIBILITA'**: sia in sede donatrice sia in sede ricevente (20-25%), in termini di 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). In particolare potrebbero essere coinvolte in alcuni casi parte o tutte le diramazioni di nervi sensitivi intercostali che passano attraverso il lembo stesso. In tali casi un loro sacrificio è inevitabile al fine di effettuare l'intervento stesso di trasferimento dei tessuti. Possono residuare pertanto sensazioni di scosse, formicolii, bruciore o assenza di sensibilità locali, nel caso ciò si renda necessario. Frequentemente, rimane una zona di scarsa o nulla sensibilità tra ombelico e la cicatrice chirurgica.
- **SIEROMA (1-48%)**: si può verificare un traumatismo chirurgico delle vie di drenaggio linfatico con accumulo di siero e sviluppo del cosiddetto sieroma. Se di piccole dimensioni (in genere < 50 mL) il sieroma viene trattato mediante agoaspirazione e medicazioni compressive ripetute. Se di elevate dimensioni (> 50 mL) viene proposto anche l'intervento di revisione chirurgica della ferita.
- **LINFEDEMA (4%)**: in rari casi può verificarsi un gonfiore a livello della regione operata, che in rarissimi casi può essere di tipo permanente. Tale complicanza viene trattata di norma con bendaggi elastocompressivi e massaggi linfodrenanti.
- **SANGUINAMENTO (1-15%)**: in alcuni casi può verificarsi un sanguinamento (emorragia) sia in sede di prelievo del lembo sia in sede ricevente. In taluni casi, nonostante la presenza di drenaggi, il sangue si può accumulare all'interno dei tessuti e sviluppare così un ematoma. Quando di piccoli o medie dimensioni, gli ematomi non rappresentano un'indicazione all'evacuazione chirurgica salvo che non si trovino in corrispondenza del peduncolo vascolare del lembo. Quando di grandi dimensioni è indicata l'evacuazione. 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.
- **ASIMMETRIA E/O DEFORMITÀ DELLA REGIONE OPERATA**: in particolare in caso di ricostruzione mammaria, permane quasi sempre una condizione di asimmetria mammaria per forma, volume e posizione rispetto alla controlaterale che può richiedere, a distanza di almeno 6 mesi dall'intervento, una procedura di correzione.
- **REINTERVENTI**: necessità di nuovo intervento chirurgico reso necessario dalla persistenza della lesione, dalla perdita dei lembi di copertura o per prosecuzione dell'iter demolitivo e ricostruttivo.

Eventuali note integrative

| | |
|---|---|
| | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
| Quali sono le alternative al trattamento proposto se ci sono e quali i benefici e/o le complicanze/effetti indesiderati conosciuti? | <p>Le alternative all'intervento proposto sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in caso di ricostruzione mammaria: lembo libero dalla regione glutea (SGAP/IGAP); lembo libero trasverso superiore di gracile (lembo TUG); lembo libero dell'arteria femorale profonda, prelevato dalla regione posteriore-superiore della coscia (lembo PAP); lembo gran dorsale/TDAP con protesi; oppure lipofilling (innesto adiposo); - in caso di ricostruzione extra-mammaria: lembo libero di muscolo gran dorsale, lembo libero antero-laterale di coscia. |
| 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
