

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

Quali sono le sue condizioni di salute?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Trattamento proposto:	LIPOFILLING _____ <hr/> <hr/> <hr/> Sede _____ <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>Il Lipofilling consiste nell'innesto di tessuto adiposo prelevato dal proprio corpo (autoinnesto) in un'altra sede anatomica. Viene usato a scopo riempitivo e/o di miglioramento della qualità dei tessuti, con correzione di depressioni, irregolarità, cicatrici e/o atrofia di cute e tessuto sottocutaneo. Rientra anche nella terapia della lipoatrofia al volto legata all'infezione da HIV, secondaria all'assunzione della terapia antiretrovirale, che comporta grave disagio per i pazienti incidendo sulla qualità di vita e le relazioni interpersonali provocando una stigmatizzazione della malattia. È dimostrato in letteratura che la correzione della lipoatrofia al volto migliora l'aderenza al trattamento e globalmente l'umore e la qualità della vita dei pazienti.</p> <p>Presenta il vantaggio di utilizzare un tessuto proprio e che non implica alcun rischio di rigetto.</p> <p>Viene eseguito in fasi successive: nella prima si segue il prelievo del tessuto adiposo con sottili cannule da lipoaspirazione, attraverso mini-incisioni di pochi millimetri, da un'area corporea che ha tessuto adiposo in eccesso (aree donatrici, quali addome, cosce e faccia mediale delle ginocchia). Il tessuto adiposo viene sottoposto a centrifugazione, per separare le cellule adipose idonee, che verranno innestate, dagli elementi cellulari non utilizzabili. Si procede, quindi, all'innesto del tessuto adiposo a livello dell'area ricevente, attraverso mini-incisioni, con microcannule, in volume superiore a quello necessario perché una parte, non valutabile a priori, è destinata a non attecchire e quindi a riassorbirsi.</p> <p>Se l'area ricevente necessita di un maggior volume di riempimento, questo potrà avvenire solo per gradi successivi poichè può essere innestata una limitata quantità di tessuto adiposo per ogni seduta operatoria ed il risultato definitivo sarà apprezzabile solo dopo almeno 6 mesi dall'intervento. Pertanto potrebbero essere necessari interventi successivi, a distanza di almeno 6 mesi, in caso di ipocorrezione e necessità di incrementare ulteriormente il volume. Il tessuto adiposo trapiantato si comporterà come qualsiasi altro</p>

	<p>tessuto adiposo accrescendosi di volume se il paziente aumenterà di peso o riducendosi se questo dimagrirà.</p> <p>L'intervento si esegue in anestesia locale o locale con sedazione o generale e necessita di un tempo operatorio di circa un'ora.</p> <p>Eventuali variazioni prevedibili nel corso della procedura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Può variare la quantità di tessuto adiposo disponibile che viene prelevato ed innestato. - Può associarsi la revisione chirurgica di eventuali cicatrici. <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?	<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. Compaiono ecchimosi, "lividi", diffuse a livello dell'area di innesto, ed in particolare a livello dell'area di prelievo, che scompaiono nell'arco di 14-21 giorni.</p> <p>La medicazione non va rimossa o bagnata per 14 giorni. E' consigliato indossare una guaina elasto-compressiva a livello dell'area di prelievo per 1 mese giorno e notte. 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 sul distretto cervico-facciale, il capo va mantenuto sollevato di circa 45°, mediante 2-3 cuscini, per 7-10 giorni. In caso di intervento su un arto superiore o inferiore l'arto va mantenuto in scarico per 14 giorni o fino a guarigione. In caso di arto inferiore, non si può caricare sull'arto per i primi 7-10 giorni, per cui è opportuno mobilizzarsi con stampelle o carrozzina.</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 14 giorni.</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?	Permanenza del quadro clinico attuale.
Quali sono le complicità/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"> - 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 o, in alcuni casi, con revisione chirurgica. Il fumo aumenta sensibilmente il rischio di complicanze, soprattutto in termini infettivi e di necrosi. Sono a maggior rischio i pazienti immunodepressi. - SANGUINAMENTO: si verifica raramente e generalmente di lieve o moderata entità tale da risolversi spontaneamente e non richiedere intervento chirurgico. Se cospicuo può richiedere una revisione chirurgica. - EMATOMA: si verifica raramente; 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 (arresto dell'emorragia). Può richiedere la necessità di trasfusioni di sangue. Sono a maggior rischio i pazienti che assumono terapie antiaggreganti e/o anticoagulanti. - SIEROMA: raramente, raccolta di siero sottocutaneo che può 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, cheloidi o atrofiche. Le cicatrici ipertrofiche o cheloidi 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. - ALTERAZIONI DELLA SENSIBILITA': 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). - DEISCENZA DELLA FERITA CHIRURGICA: si verifica raramente, in quanto le ferite chirurgiche, che corrispondono ai fori di ingresso delle cannule, sono mini-incisioni di pochi millimetri e difficilmente si riaprono; tranne nel caso in cui si verifichi un'infezione con fuoriuscita di pus. - ASIMMETRIA e/o DEFORMITA' DELLA REGIONE OPERATA: potrebbe evidenziarsi un'asimmetria tra la regione operata e la controlaterale, e/o irregolarità cutanee/sottocutanee sia a livello della regione donatrice sia a livello della ricevente, con possibile peggioramento estetico e funzionale. Alcune regioni anatomiche sono maggiormente suscettibili ad asimmetria e deformità, in particolare il volto. - FIBROSI, CISTI OLEOSE, CISTI CALCIFICATE: possono permanere nel tempo in corrispondenza del tessuto adiposo innestato, manifestandosi come noduli sottocutanei duri e, talvolta, dolorosi. Sono spesso visibili in corso di esami radiologici e, nella maggior
--	---

	<p>parte dei casi, un radiologo è in grado di distinguere queste immagini; talvolta potrebbe rendersi necessario, a discrezione del radiologo e/o del medico curante, un approfondimento diagnostico di lesioni di dubbia interpretazione mediante ulteriori esami radiologici e/o biotici.</p> <p>- RIASSORBIMENTO PARZIALE o COMPLETO DEL TESSUTO ADIPOSO: si verifica sempre un riassorbimento parziale del tessuto adiposo innestato, o raramente completo; che potrà comportare un' ipocorrezione, non quantificabile a priori. Il risultato definitivo sarà apprezzabile dopo almeno 6 mesi dall'intervento.</p> <p>- REINTERVENTI (circa 50-80%): necessità di nuovo intervento chirurgico reso necessario dalla persistenza della patologia o per prosecuzione dell'iter ricostruttivo.</p> <p>Eventuali note integrative</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <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?	La lipoatrofia al volto può essere corretta con l'iniezione di materiali riassorbibili e non riassorbibili (filler). I filler non riassorbibili hanno un effetto permanente ma sono gravati dalla possibile insorgenza di reazioni da corpo estraneo. I filler riassorbibili non hanno effetto duraturo e necessitano di infiltrazioni ripetute nel tempo.
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