

Ingrandimento del seno

Dott.ssa Helena Singerova

Il desiderio delle donne di avere un seno dalla forma ideale non è qualcosa legato ai nuovi trend ma accompagna tutto lo sviluppo della nostra civiltà. Sin da tempo immemorabile il seno femminile è sempre stato simbolo di bellezza e femminilità. La sua forma, simmetria e grandezza possono influire in modo significativo sulla psiche della donna allorché questa percepisce, a suo avviso o secondo il parere di chi le sta intorno, qualche anomalia o carenza. In pratica questi problemi possono essere risolti soltanto chirurgicamente. La mastoplastica additiva con l'aiuto di protesi rappresenta un'operazione molto efficace nelle donne con un seno non abbastanza sviluppato oppure in caso di perdita di grasso e diminuzione delle ghiandole mammarie, come succede dopo l'allattamento oppure dopo una perdita di peso. Si può ricorrere all'ingrandimento anche per risolvere le asimmetrie laterali del seno. Negli ultimi tempi questo intervento è molto ricercato soprattutto per l'effetto che ha in termini di maggiore autostima in molte donne affette da questo problema. Attualmente le nostre operazioni di mastoplastica additiva riguardano soprattutto due gruppi di donne.

Aumento con incisione nel solco sottomammario

Aumento con sollevamento dell'areola, con incisione intorno all'areola e con spostamento dell'areola verso l'alto

Aumento con modellamento del seno, cicatrici intorno all'areola e sotto di essa a forma di ancora

Il primo gruppo è composto dalle donne le cui ghiandole mammarie non sono sufficientemente sviluppate (di solito in giovane età, prima della gravidanza). In questo caso si tratta soprattutto di un seno piccolo con una struttura salda delle ghiandole mammarie e con anche una pelle del seno relativamente solida ed elastica. Qui la mastoplastica additiva è appunto limitata dal mantello cutaneo e dalla sua capacità di adattarsi al volume maggiore. Se la ghiandola è sviluppata in tutto il seno, possiamo prendere in considerazione l'inserimento della protesi direttamente sotto la ghiandola, oppure anche sotto il muscolo pettorale. Se invece la ghiandola è piccola e il suo volume è prevalentemente concentrato intorno all'areola, allora è opportuno inserire la protesi sotto il muscolo pettorale. All'interno del seno la protesi dovrebbe essere sempre coperta dalla ghiandola mammaria e non soltanto dalla pelle. Quando la ghiandola è troppo piccola dobbiamo utilizzare anche il muscolo pettorale per coprire la protesi. In questo caso di solito optiamo per protesi rotonde o sferiche. In particolare nel caso del posizionamento sotto il muscolo pettorale l'effetto che la memoria della sagoma della protesi anatomica ha sulla forma del seno è minimo.

L'altro gruppo è composto dalle donne nelle quali la ghiandola mammaria si è sviluppata a sufficienza, a volte anche troppo durante l'allattamento, e dopo fine dell'allattamento o una riduzione significativa di peso hanno provocato una riduzione importante del volume della ghiandola (o eventualmente del grasso sottocutaneo del seno), con conseguente riduzione dell'elasticità della pelle e rilassamento complessivo della struttura della ghiandola. In questi casi di solito si tratta di integrare il volume del seno riportandolo alle

dimensioni alle quali le donne erano precedentemente abituate. Qui nello scegliere la grandezza abbiamo molto più spazio di manovra e dipende piuttosto dalle aspettative della paziente. È possibile optare sia per un'integrazione solo parziale del volume che per una mastoplastica additiva considerevole. Per questo tipo di seni non è indicata la protesi sotto il muscolo perché il muscolo pettorale regge la protesi troppo in alto rispetto alla ghiandola mammaria e all'areola situate più in basso (rischio della doppia mammella). Se la ghiandola è sufficientemente grande e piena, è opportuno posizionare la protesi sotto la ghiandola. Tuttavia, se la ghiandola è più piccola e praticamente assente nella metà superiore della mammella, è opportuno coprire la protesi nella parte superiore della mammella con la metà superiore del muscolo pettorale che viene preparato allo scopo affinché sia possibile inserire la protesi sotto di esso. La parte inferiore della protesi mammaria rimane quindi coperta dalla ghiandola. Questo metodo è indicato soprattutto per le pazienti snelle che hanno uno strato adiposo sottocutaneo molto sottile, cosa che comporterebbe una copertura della protesi solo con la pelle, il suo contorno poi sarebbe ben visibile e apparirebbe come innaturale. Se, però, il seno è troppo rilassato occorre eseguire il lifting del seno insieme all'ingrandimento. Per questo tipo di seni sono adatti soprattutto le protesi anatomiche la cui forma a goccia corrisponde meglio alla forma di questi seni, e grazie alla memoria della forma aiutano anche a mantenere la forma stessa del seno.

Ingrandimento - come e quando operare

La mastoplastica additiva – ingrandimento del seno può essere eseguita soltanto dopo il completamento della fase di sviluppo della ghiandola mammaria, all'incirca dai 18-19 anni di età. Dopo l'intervento chirurgico al seno la paziente non dovrebbe pianificare una gravidanza per almeno un anno. A seguito della gravidanza si verificano importanti aumenti di volume e il mantello cutaneo del seno e la struttura connettiva della ghiandola possono risultare danneggiati gravemente e irreversibilmente da tutti questi cambiamenti. Va inoltre ricordato che, in alcuni casi, l'ingrandimento può anche incidere negativamente sul funzionamento della ghiandola durante l'allattamento, soprattutto per quanto riguarda la formazione di una quantità sufficiente di latte materno. L'ideale, dunque, è affrontare il problema della grandezza e della forma del seno solo quando la donna non prevede altre gravidanze. Il limite di età massimo è dato soltanto dallo stato di salute complessivo. Inoltre occorre scegliere la posizione dell'incisione operatoria attraverso la quale la protesi sarà introdotta. Generalmente eseguiamo le incisioni sotto le ascelle, intorno all'areola oppure nella zona sottomammaria. L'incisione ascellare è effettuata all'incirca sul margine della peluria ascellare ed è lunga 2-4 cm. Attraverso questo accesso è possibile introdurre soltanto protesi rotonde. Il vantaggio principale è che l'accesso operatorio interessa soltanto in minima parte la propria ghiandola mammaria, soprattutto se la protesi va inserita sotto il muscolo. Al contrario lo svantaggio di questo accesso è la difficoltà di eseguire qualsiasi revisione della ghiandola o della protesi in futuro, come pure qualsiasi intervento di modellazione della ghiandola in sede operatoria. Talvolta la cicatrice può essere più visibile, soprattutto oggi quando quasi tutte le donne si radono le ascelle o magari quando indossano gli abiti da sera, cosa che può essere molto fastidiosa. L'incisione sottomammaria ci consente di introdurre qualsiasi tipo

di protesi. Di solito la lunghezza dell'incisione è di 3-5 cm, la qualità della cicatrice dipende dalla capacità di guarigione della pelle. I vantaggi e gli svantaggi di questo tipo di accesso sono simili a quelli dell'incisione ascellare. L'incisione periareolare ci offre la più ampia variabilità di posizionamento delle protesi. Possiamo eseguire l'incisione sulla metà superiore del margine dell'areola – indicato nei casi in cui sia necessario spostare verso l'alto un'areola cadente, oppure sulla metà inferiore dell'areola. Se invece si desidera ridurre la dimensione dell'areola oppure il mantello cutaneo leggermente rilassato, è necessaria un'incisione circolare. Il posizionamento della protesi sotto la metà superiore del muscolo pettorale è possibile soltanto con questo tipo di accesso. Attraverso questo accesso è possibile introdurre qualsiasi tipo di protesi nonché eseguire una revisione chiara della protesi e della ghiandola. Di solito la cicatrice sul margine tra l'areola e la pelle non risalta troppo in questa zona cromatica, è anzi fine e visibile soltanto senza il reggiseno. Il suo svantaggio è che prevede un certo intervento nella ghiandola mammaria anche se a livello funzionale un intervento di portata così ridotta non ha praticamente nessun effetto sulla ghiandola. L'incisione circolare oppure l'incisione nella metà superiore dell'areola possono comportare, di solito temporaneamente, una limitazione della sensibilità dell'areola. La scelta del punto dove eseguire l'incisione e dove rimarrà la cicatrice e i rispettivi vantaggi e svantaggi dovrebbero essere fatta soltanto dopo aver consultato il chirurgo.

Mastoplastica additiva - descrizione dell'intervento

L'operazione al seno è eseguita in anestesia generale. Dopo l'accordo con la paziente si procede all'incisione nella zona prescelta. Quindi si passa alla mobilizzazione (svuotamento) dello spazio dove deve essere introdotta la protesi, ovvero sotto la ghiandola oppure sotto il muscolo pettorale (parzialmente o completamente). Lo spazio preparato dovrebbe avere dimensioni tali da accogliere con precisione la protesi. Questa non deve essere né troppo compressa né troppo libera. Per questo è importante scegliere la protesi secondo le sue dimensioni, il volume del seno preventivamente concordato è sempre piuttosto indicativo. Il posizionamento preciso della protesi è fondamentale per ridurre al minimo il rischio di eventuali complicanze legate alla formazione di un incapsulamento. Una volta posizionata con precisione la protesi si inseriscono i drenaggi che asportano i piccoli sanguinamenti e secrezioni del tessuto. Alla fine si procede alla sutura lungo i singoli strati dell'incisione operatoria e si applica il bendaggio elastico. Di solito l'intervento di ingrandimento dura circa 40-60 minuti a seconda dell'entità dell'operazione.

Decorso postoperatorio dopo l'operazione al seno

Il giorno dopo l'ingrandimento del seno viene eseguito un controllo, se il decorso è regolare vengono rimossi i drenaggi e la paziente viene rilasciata e può passare alle cure a domicilio. Soprattutto durante i primi giorni dopo la mastoplastica additiva occorre rispettare il riposo assoluto, in particolar modo per quanto riguarda i movimenti degli arti superiori nell'articolazione della spalla verso l'alto (si attiva il movimento del muscolo pettorale). Di regola il bendaggio elastico viene lasciato per 4-5 giorni dopo l'operazione, le altre eventuali modalità di fissaggio, come il massaggio del seno e l'utilizzo di biancheria

elastica a compressione, vengono decise dal medico curante in base alla tipologia e all'entità dell'operazione oltre che allo stato di avanzamento del processo di guarigione. I punti di sutura si rimuovono di solito 7-10 giorni dopo l'ingrandimento, la sutura interna viene assorbita nell'arco di alcune settimane. Possiamo ritenere stabilizzata la forma dei seni soltanto dopo circa 1-2 mesi dalla mastoplastica additiva. Se il decorso non presenta complicanze la paziente può tornare alla sua vita normale 7-10 giorni dopo l'intervento di chirurgia plastica al seno. Le attività fisiche e sportive senza limiti sono possibili 1-2 mesi dopo a seconda dell'entità dell'intervento e dello stato di avanzamento del processo di guarigione. Sconsigliamo di abbronzarsi e di stare al sole senza indumenti per almeno 1 mese dall'operazione, la cicatrice dovrebbe rimanere protetta dagli indumenti o dal costume per almeno 3 mesi. Tuttavia la durata del periodo di convalescenza è individuale e dipende non soltanto dalle capacità di guarigione di ciascuno di noi, ma anche dalla diligenza del paziente nell'assolvere le cure e la riabilitazione postoperatorie. Trascorsi 6-12 mesi si raccomanda di iniziare dei controlli regolari presso i centri di mammografia in base al luogo di residenza (riguarda soprattutto le pazienti sopra i 30-35 anni di età). In futuro la paziente dovrebbe poi farsi controllare da un medico ogni qual volta si verifica una modifica della forma del seno, un suo indurimento o degli eventi infiammatori. Il controllo è indicato anche in presenza di un qualsiasi livido al seno dopo un trauma, al fine di escludere l'ipotesi di una rottura della protesi. Inoltre, se state pianificando una gravidanza o avete scoperto di essere incinta, è opportuno esaminare e far controllare il seno e il posizionamento delle protesi. Dopo 10 anni dall'operazione, inoltre, è consigliato, e lo consigliano anche i produttori delle protesi, visitare uno specialista o un qualsiasi chirurgo plastico per consultare l'eventuale sostituzione delle protesi al silicone. Oggi i principali produttori di protesi offrono la garanzia a vita sulle loro protesi.

Complicazioni dopo la mastoplastica

Oggi le precoci complicanze della mastoplastica, quali sanguinamenti e infezioni, sono minimizzate durante l'operazione e nel decorso postoperatorio (drenaggio, somministrazione di antibiotici). Per ridurre reazioni maggiori dei tessuti al materiale estraneo utilizziamo protesi di qualità con superficie testurizzata, una dimensione adeguata della protesi e un trattamento postoperatorio accurato (stabilizzazione sufficiente del seno dopo l'operazione tramite bendaggio e biancheria elastica, massaggi e monitoraggio dello stato di guarigione dopo l'operazione). Nonostante ciò talvolta i tessuti possono reagire maggiormente alla protesi (3-5% delle operazioni), cosa che comporta la formazione di un involucro fibroso più robusto intorno alla protesi. Nella maggior parte dei casi ciò si verifica entro 3 mesi dall'ingrandimento, ma a volte, a seguito di una serie di cause scatenanti (infiammazione della ghiandola, viremia, lividi causati da un trauma o dallo sport ecc.) questo può accadere anche dopo diversi anni dalla mastoplastica additiva. Con questo involucro – capsula – la protesi sta dentro il seno come un corpo delimitato che cambia la forma del seno e spesso è anche doloroso o sensibile al tatto. In questi casi è necessario intervenire chirurgicamente per rilasciare questa guaina affinché la protesi si possa distendere liberamente nella ghiandola.

Protesi per la mastoplastica additiva

I tentativi di integrare il volume del seno con vari materiali possono essere rilevati già a partire dall'inizio del XIX secolo. La scoperta, lo sviluppo e l'utilizzo del silicone in campo medico dopo il ha prodotto un progresso significativo anche nello sviluppo delle protesi mammarie fatte con gel di silicone che sono state utilizzate per la prima volta nel .A partire da allora sia le protesi al silicone che le tecniche operatorie di ingrandimento hanno superato un lungo sviluppo. Attualmente nella mastoplastica additiva si utilizzano prevalentemente le protesi al gel di silicone. La protesi mammaria al silicone è composta da un involucro in gomma polimerica siliconica ad elevata elasticità, resistenza, permeabilità minima, stabilità nel tempo e una reazione straordinariamente bassa con il tessuto vivo. In passato la superficie dell'involucro era liscia, ma questo lo rendeva più mobile rispetto al tessuto circostante diventando troppo irritante. Oggi la superficie dell'involucro è cd. testurizzata, ovvero è dotata di pori di grandezza e profondità ben definiti. In questo modo si garantisce che la forza della capsula fibrosa, o involucro, che si viene a formare come reazione alla presenza della protesi è minima. Ciò riduce il rischio di future complicanze – la formazione di un involucro rafforzato e la successiva contrazione e indurimento della protesi nel seno con conseguenti modifiche della forma ed eventuali dolori. All'interno la protesi contiene un gel di silicone composto soltanto da grandi molecole, ciò impedisce la filtrazione del gel attraverso l'involucro. Il gel può avere una struttura non coesiva – cioè fluisce liberamente, oppure coesiva – il gel mantiene la sua forma anche senza l'involucro (questa variante si utilizza soprattutto nelle protesi dalla forma anatomica). Dal punto di vista estetico le protesi al silicone contenenti il gel di silicone sono sicuramente le migliori. La protesi è morbida in modo naturale, elastica, con una consistenza molto simile a quella della ghiandola mammaria. Ha un aspetto naturale sia alla vista che al tatto. Oltre al gel di silicone le protesi possono contenere anche delle soluzioni. Quella utilizzata più frequentemente è la soluzione fisiologica. La protesi contenete un fluido può essere un po' irritante, si ha la sensazione di un liquido che scorre e in termini di consistenza tutti i liquidi sono molto lontani dalla ghiandola mammaria. Inoltre spesso si verificano delle fuoriuscite del liquido attraverso la valvola con conseguente riduzione del volume della protesi. A livello di forma suddividiamo le protesi in tonde - sferiche e anatomiche - oppure a goccia secondo la forma della mammella. Le protesi si suddividono poi in base all'altezza del profilo, al rapporto reciproco tra l'altezza e la larghezza e, naturalmente, al peso totale (oppure al volume). Inoltre, ciascun produttore ha le proprie serie di protesi divise per dimensioni e forma. È quindi necessario consultare sempre la scelta della protesi al seno con il chirurgo e rispettare le tipologie di protesi da lui consigliate. Dobbiamo anche essere pronti alle differenze di prezzo delle protesi tra i vari produttori. Nelle nostre strutture utilizziamo protesi Polytech (Germania), Mentor (USA). Negli anni abbiamo raccolto esperienze positive nell'uso delle protesi di questi produttori sia dal punto di vista della qualità che delle gamme offerte nelle varie categorie di prezzo. Adesso stiamo iniziando a usare anche le protesi B.lite, il materiale di riempimento B lite della protesi è un gel medico coesivo fatto con silicone e microsfere cave al borosilicato che si legano chimicamente al gel di silicone. L'impiego delle microsfere al borosilicato consente di ridurre in modo significativo il peso del B.lite rispetto alle protesi mammarie convenzionali di volume simile. A parità di volume le

protesi sono del 30% più leggere.

Eseguiamo l'introduzione della protesi con intervento di chirurgia plastica sotto anestesia generale. Dopo essersi consultato con la paziente e in base al tipo di protesi prescelta il medico sceglie una delle incisioni più frequenti per inserire la protesi: 1) incisione al margine della areola 2) incisione sottomammaria Di regola le protesi vengono posizionate sotto la ghiandola immagine a), oppure più in profondità sotto il muscolo pettorale immagine b). In questo caso la scelta spetta al chirurgo che valuta le opzioni disponibili rigorosamente su base individuale. Dopo l'intervento di mastoplastica additiva la paziente è ricoverata almeno un giorno presso il nostro reparto, e poi altri cinque giorni si consiglia di rimanere a riposo e non fare sforzi. Successivamente è possibile ricominciare gradualmente a fare sforzi e tornare così al ritmo di lavoro usuale. Raccomandiamo di aspettare circa 4 settimane dopo l'ingrandimento prima di tornare al massimo dello sforzo (sport). Queste informazioni fanno riferimento a un decorso postoperatorio normale, ma la durata del periodo di convalescenza è individuale e dipende non soltanto dalle possibilità di guarigione di ciascuno di noi, ma anche dalla diligenza della paziente. L'interesse comune della paziente e del chirurgo è che la chirurgia plastica al seno abbia buon esito con soddisfazione di entrambi. Per questo la fiducia e la collaborazione reciproche sono un prerequisito indispensabile.

Questo documento è una traduzione del testo della Dott.ssa Helena Singerová.