


UNITA' SEMPLICE DI CHIRURGIA SENOLOGICA
Reponsabile: Dott. G. Giacomazzi

La patologia individuata è:

nodulo	0
secrezione	0
microcalcificazioni	0
lesione al capezzolo	0
adenopatia ascellare	0
neoplasia	0

barrare con crocetta
L'INTERVENTO PROPOSTO È:

-biopsia	0
-quadrantectomia supero-esterna	0
-quadrantectomia atipica (dei quadranti superiori, inferiori o mediali o centrale con asportazione del capezzolo)	0
-mastectomia semplice	0
-mastectomia radicale	0
-mastectomia con risparmio di cute	0
- mastectomia sottocutanea con risparmio della cute e del capezzolo	0
-inserimento di espansore sostitutivo temporaneo	0
-inserimento di protesi definitiva sottomuscolare dx sx	0
-inserimento di protesi sottoghiandolare dx o sx	0
-ricerca del linfonodo sentinella	0
-linfadenectomia ascellare	0
-adeguamento della mammella sana con pessi	0
-adeguamento della mammella sana con protesi	0
-altro.....	0

barrare con crocetta

NOTE INFORMATIVE

La **biopsia** è un'asportazione di ghiandola mammaria, limitata all'area sospetta che, oltre alla cicatrice, non provoca quasi mai danni estetici. Se il nodo non è palpabile è necessaria una ecografia pre-operatoria durante la quale si posiziona una freccia metallica sottile come un filo per arrivare più facilmente al nodo (**centraggio con filo ecoguidato**).

Il minimo dolore post-operatorio è controllabile con analgesici orali.
L'anestesia è di solito locale.

La **quadrantectomia** è un intervento conservativo e consiste nell'asportare una porzione della ghiandola (come uno o più spicchi di una arancia) a cui generalmente segue un ciclo di radiazioni sulla mammella. Vengono posizionate delle piccole clips metalliche di Titanio nel letto tumorale. Di solito è prevista una plastica di rimodellamento della ghiandola per migliorare il risultato estetico. Se il nodo è in profondità si può evitare di togliere la cute sovrastante. La posizione del nodo: interno, esterno, centrale ecc condiziona il tipo di incisione e può richiedere anche lo spostamento o la asportazione dell'areola e del capezzolo. Spesso si posiziona un drenaggio per alcuni giorni. Il dolore è controllabile con analgesici per via intramuscolare o endovenosa e cessa quasi completamente il giorno dopo l'intervento.

La **mastectomia** è un intervento demolitivo e viene effettuata se il nodo è troppo grande, se la chemioterapia preoperatoria non lo ha rimpicciolito abbastanza, se ci sono più nodi, oppure se la mammella è di piccole dimensioni ed un intervento anche se conservativo come la quadrantectomia darebbe come risultato una deformità o una asimmetria troppo evidente soprattutto nelle pazienti giovani che hanno una aumentata possibilità di recidive nel tempo.

È raramente seguita da radioterapia. È necessario il posizionamento di almeno un drenaggio ed il dolore è controllato anche grazie ad una infusione continua di farmaci per i giorni seguenti l'intervento attraverso un dispositivo endovenoso posizionato in sala operatoria.

Il danno estetico può essere mitigato dalla **ricostruzione** della ghiandola asportata che viene sostituita da un espansore temporaneo (sei mesi circa) o da una protesi definitiva.

Può essere necessario un ritocco sulla mammella sana per rendere i due seni più simili tra loro sia per le dimensioni che per la forma (pessi o posizionamento di protesi anche sotto la mammella sana). Tale intervento può essere effettuato immediatamente dopo la mastectomia o dopo sei mesi.

La **dissezione ascellare o linfadenectomia** è la asportazione dei linfonodi ai quali arriva la linfa dalla mammella. Serve per valutare lo stadio della malattia. Se il nodo mammario è unico e molto piccolo e non si palpano linfonodi in ascella e quindi ci sono poche possibilità che la malattia si sia diffusa (5-8%), è possibile asportare solo una prima stazione linfonodale o **linfonodo sentinella** e, se questo risulta negativo ad un esame effettuato immediatamente durante l'anestesia (esame istologico estemporaneo o congelatore), si può evitare di eseguire la linfadenectomia.

Quest'ultima provoca una secrezione sierosa nei giorni seguenti l'intervento, una perdita di sensibilità a livello della parte interna del braccio e della parete toracica ed una predisposizione alla stasi linfatica (ingrossamento) dell'arto.

La metodica del linfonodo sentinella non è ancora universalmente accettata come parte integrante del trattamento standard dei tumori della mammella e la comparsa successiva di nodi ascellari sospetti può richiedere la linfadenectomia ascellare in un più o meno immediato futuro.

Raramente si può verificare una lesione del nervo toracico lungo che provoca la scapola alata.

La ricerca del linfonodo sentinella, marcato il giorno precedente con una sostanza lievemente radioattiva che scompare in poche ore, può essere effettuata in anestesia locale anche alcuni giorni prima dell'intervento sulla mammella per pianificare la strategia terapeutica, accorciare la durata dell'intervento chirurgico e dell'anestesia.

Le **complicanze postoperatorie** più comuni sono: sanguinamento ed ematomi, infezioni della ferita, cicatrici non estetiche. Nell'1% dei casi si può verificare nell'immediato postoperatorio un'emorragia che comporta un nuovo intervento per consentire una emostasi adeguata. Le complicanze su elencate sono le più comuni ma non sono comunque esaustive di tutte le possibili complicazioni intra e postoperatorie che possono verificarsi.

Negli interventi maggiori ed in ogni caso di inserimento di protesi o di rischio di infezione, è prevista una terapia antibiotica.

E' del tutto eccezionale e non prevedibile la necessità di un ricovero presso il Reparto di Terapia Intensiva o l'uso di trasfusioni di sangue. Negli interventi maggiori in cui si possa ravvisare la necessità di trasfusioni, si provvederà ad uno o più predepositi per autotrasfusione.

Per questo tipo di chirurgia la mortalità intraoperatoria è inferiore all'uno per mille.

Le eventuali terapie successive (chemioterapia, radioterapia, ormonoterapia, ecc.) saranno concordate collegialmente con i Colleghi Oncologi nel momento in cui il Patologo porterà a conoscenza le caratteristiche biologiche ed i fattori prognostici della neoplasia (esame istologico definitivo).

Confermo di aver dichiarato al Medico del Day Hospital le mie eventuali allergie e/o intolleranze a farmaci o ad altre sostanze.

Dichiaro di aver letto attentamente quanto sopra, di aver compreso quanto mi è stato spiegato e di acconsentire all'intervento chirurgico propostomi.

Camposampiero.....

Firma del Paziente

Firma del Medico

QUESITI:.....

.....

.....

.....

LE INFORMAZIONI QUI CONTENUTE NON POTRANNO CERTO SOSTITUIRE IL COLLOQUIO DIRETTO. VI INVITIAMO PERTANTO AD ESPORRE LIBERAMENTE E SENZA TIMORE OGNI EVENTUALE DUBBIO AL PERSONALE DI REPARTO.