

Atti del
36° Congresso Nazionale
della Società Italiana di

CHIRURGIA PLASTICA, RICOSTRUTTIVA ED ESTETICA



MONDUZZI EDITORE



Il face-lift in regime di day-surgery

Paolo Santanché, Caterina Bonarrigo,
Laura Biancardi, Gianni Giordano



Introduzione

Da molti anni ormai si è diffuso l'uso di strutture di day-surgery per molti interventi di chirurgia. La chirurgia plastica nella sua branca estetica è stata tra le prime specialità ad usufruire di tali strutture, inizialmente per interventi più brevi, come la rinoplastica, la blefaroplastica e l'otoplastica, successivamente per interventi più lunghi, come il face-lift.

Materiali e metodi.

Alla base di tale evoluzione stanno sostanzialmente:

- i miglioramenti di alcune tecniche chirurgiche, che hanno reso il face-lift meno invasivo e minimamente traumatizzante, nonostante il livello tecnico chirurgico sempre più alto di queste operazioni
- le evoluzioni dei farmaci anestetici, sempre meno tossici e più velocemente eliminabili dall'organismo
- la maggior richiesta da parte delle pazienti (e dei pazienti) di tale procedura, che si è ormai diffusa a tutti gli strati sociali, e la conseguente necessità di contenerne i costi a fronte della sempre maggior esosità delle case di cura
- ultime, ma non meno importanti, anzi, *conditio sine qua non* per effettuare senza pericoli tale associazione di procedure, saranno l'abilità del chirurgo che dovrà eseguire l'intervento evitando inutili dilatazioni dei tempi, pur senza nulla togliere alla precisione d'esecuzione, e la sensibi-

lità e l'esperienza dell'anestesista, che dovrà contenere al massimo la quantità dei farmaci anestetici, dosandoli sapientemente in maniera personalizzata.

Tecnica chirurgica

La tecnica utilizzata è quella del "lifting vertical" di Alain Bonnefon (1). Tale metodica prevede una minima incisione cutanea temporale che continua con l'incisione preauricolare e termina alla fine dell'incisione retroauricolare, senza mai continuare nel capillizio occipitale. Lo scollamento cutaneo è ridotto al minimo, mentre la massima importanza è attribuita alla dissezione dello smas, che dovrà essere isolato inferiormente fin oltre la branca orizzontale della mandibola, laddove si continua con il muscolo platisma. La sospensione di tale lembo di smas consente, oltre che una efficace elevazione dei tegumenti delle regioni laterali del viso, un'ottima distensione del platisma e della cute del collo. La grande mobilizzazione dello smas, che rimane in buona parte non scollato dai tegumenti, consente di fargli sopportare la maggior parte del carico esercitato sulla cute, che verrà suturata con una trazione assolutamente minima: questo si rifletterà su di un'ottima cicatrizzazione ed un'assoluta naturalezza dell'espressione.

La guarigione sarà accompagnata da un edema modesto delle parti laterali del viso e, normalmente, senza traccia di ecchimosi.

All'intervento di face-lift vengono spesso associati interventi collaterali atti ad emendare altri difetti del viso (foto n.1a-1b-1c-1d; 2a-2b-2c-2d; 3a-3b-3c-3d; 4a-4b-4c-4d). In tutti i casi in cui la sottigliezza dei tessuti sottocutanei non consenta di ripristinare un'adeguata proiezione zigomatica, la convessità (che quasi sempre si è trasformata in concavità) della regione malare anteriore verrà ricreata con un impianto intraoperatorio di Bioplastique (2,3), che verrà effettuato con un apposito iniettore.

Quando sia necessario, e cioè quando tale intervento non sia mai stato effettuato, o sia stato effettuato da troppi anni, verrà associata una blefaroplastica, a volte solo superiore o inferiore, a volte totale; nei casi in cui le borse palpebrali inferiori siano esclusivamente adipose (senza componente cutanea) o l'ipotonia del muscolo orbicolare delle palpebre ci metta a rischio di procurare un "occhio rotondo" la blefaroplastica inferiore verrà eseguita per via congiuntivale.

Quando l'arcata ossea orbitale superiore sia troppo marcata nella sua porzione laterale, creando una spiacevole oppressione della regione palpebrale superiore, questa verrà rimodellata, attraverso l'incisione della blefaroplastica superiore, raggiungendo e scollando il periostio, e rimuovendo il tessuto osseo in eccesso mediante una fresa collegata ad un micromotore da 24.000 giri. Tale procedura darà allo sguardo una maggior luminosità senza peraltro alterare la forma degli occhi.

Quando il mento sia troppo piccolo o sfuggente, o quando un anche minimo incremento della proiezione del mento conferirà maggior slancio ed



Foto n. 1a: Pre-operatorio. Di fronte. Paziente di anni 41.

Foto n. 1b: Post-operatorio. Di fronte. Sono stati eseguiti: face-lift con sospensione dello SMAS; blefaroplastica superiore con modellamento dell'arcata ossea; liposuzione del collo

Foto n. 1c: Pre-operatorio. sinistro

Foto n. 1d: Post-operatorio. sinistro





Foto n.2a: Pre-operatorio. Di fronte. Paziente di anni 63.

Foto n.2b: Post-operatorio. Di fronte. E' stato eseguito un face-lift con sospensione dello SMAS

Foto n.2c: Pre-operatorio. sinistro

Foto n.2d: Post-operatorio. sinistro





Foto n.3a: Pre-operatorio. Di fronte. Paziente di aa 38.

Foto n.3b: Post-operatorio. Di fronte. Sono stati eseguiti: face-lift con sospensione dello SMAS; blefaroplastica superiore con modellamento dell'arcata ossea: impianto zigomatico di Bioplastique®trade;

Foto n.3c: Pre-operatorio. sinistro Foto n.3d: Post-operatorio. sinistro

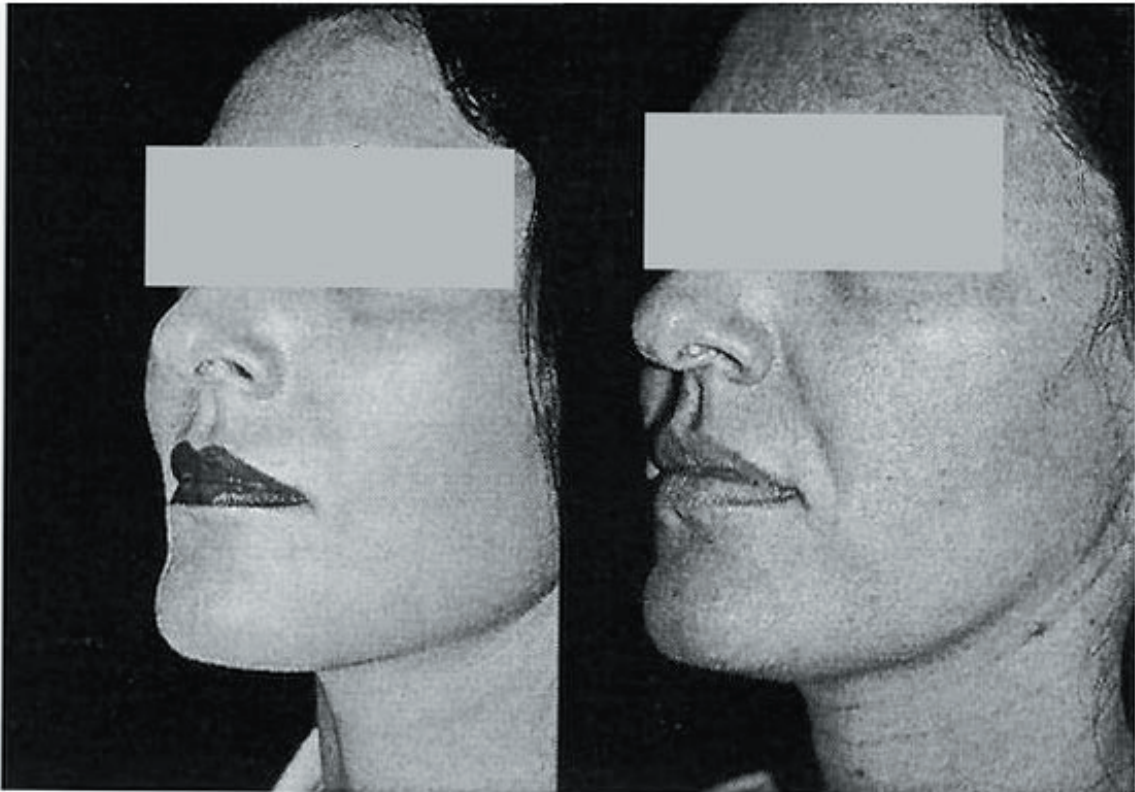




Foto n.4a: Pre-operatorio. Di fronte Paziente di anni 58.

Foto n.4b: Post-operatorio. Di fronte. Sono stati eseguiti: face-lift con sospensione dello SMAS; blefaroplastica totale; liposuzione del collo; mentoplastica additiva; impianti alloplastici nel filtro labiale e nell'arco di Cupido.

Foto n.4c: Pre-operatorio. sinistro Foto n.4d: Post-operatorio. sinistro



eleganza alla mandibola, verrà applicata una piccola protesi, attraverso ad un'incisione di non più di due centimetri, praticata nel fornice gengivale inferiore (4,5)

Qualora vi sia un accumulo adiposo nella regione sottomandibolare (il cosiddetto "doppio mento"), verrà effettuata una liposuzione del grasso in eccesso con una cannula da due millimetri di diametro, attraverso una minima incisione sotto il mento.

Tecnica anestesiológica.

Tutti i pazienti vengono valutati con la massima attenzione dal punto di vista anamnestico, obiettivo e laboratoristico mediante esami ematochimici, esami infettivologici e microbiologici, Rx torace, ECG con vista cardiologica, ecodoppler dei tronchi sovraortici. Sono stati esclusi i pazienti cardiopatici accertati, pazienti con creatinina ggt; 2mg/dl, pneumopatici in trattamento con Beta-stimolanti e corticosteroidi.

I pazienti vengono premedicati "per os" un'ora prima dell'intervento con: Paracetamolo mg.800, Codeina mg.20, Flurazepam mg.15.

Dopo aver monitorizzato ECG, Sat O₂, NIBP, si somministra Buprenorfina mg.0,3, Prometazina mg.50, Metoclopramide mg.20, Ac. Tranexanico gr.1, diluiti in ml.30 di NaCl per infusione continua a ml.5/h.

Prima dell'infiltrazione sottocutanea per l'anestesia loco-regionale, inizia l'infusione di Propofol mg.7 x Kg./h. che si riduce progressivamente a mg.3 x Kg./h nelle ore successive. Viene fornito un supporto con O₂-terapia al 30-40% attraverso cannula naso-faringea. Viene mantenuto il respiro spontaneo con eventuale supporto di cannula oro-faringea (5% dei pazienti).

Viene somministrato Solumedrol gr.1 a metà intervento. Al termine dell'intervento, si trasporta il paziente sveglio, lucido e collaborante (in grado di stringere la mano e alzare la testa) in sala di risveglio ed osservazione postoperatoria per 3-4 ore, monitorizzando Sat O₂ ed ECG. Le dimissioni avvengono dopo 5-7 ore.

Conclusioni.

Dal 1984 ad oggi abbiamo operato con questa procedura 153 pazienti di età compresa tra i 38 ed i 72 anni. Non abbiamo avuto complicanze di tipo generale e/o anestesiológico. Abbiamo avuto 5 piccoli ematomi (< 5 cc.), che sono stati aspirati ambulatoriamente, ed un ematoma massivo monolaterale (dovuto all'apertura di un'arteriola) che abbiamo dovuto rioperare.

I risultati ottenuti confermano la validità e la sicurezza del face-lift eseguito in day-surgery.

Bibliografía

1. BONNEFON A: *Le lifting vertical profond. Evolution d'un concept.* Ann Chir Plast 1995; 40, 327-39
2. SANTANCHE P, BONARRIGO C, MONTI MC. *Un caso di emiatrofia facciale incom-*

P. Santanché, et al.

- pleta: concorso di tecniche. Riv Ital Chir Plast 1993; 25, 383*
3. SANTANCHE P, BONARRIGO C. *Malaroplastica additiva*. In: UTET Ed. Chirurgia Estetica Torino, 1997, p.155
 4. SANTANCHE P, BONARRIGO C: *Mentoplastica additiva*. In: UTET Ed. Chirurgia Estetica Torino, 1997, p.143
 5. SANTANCHE P, BONARRIGO C: *Mentoplastica additiva Riv Ital Chir Plast 1995; 27. 167*