

48° congresso nazionale

della Società Italiana di Chirurgia Plastica, Ricostruttiva ed Estetica

Gubbio, 25-30 Settembre 1999

ATTI DELL'ULTIMO CONGRESSO DEL MILLENNIO



a cura di

Cristiano Dominici
Umberto Sarno

MASTOPLASTICA ADDITIVA PER VIA ASCELLARE IN VIDEOENDOSCOPIA

P. Santanchè, C. Bonarrigo

Milano

INTRODUZIONE

Da oltre dodici anni utilizziamo la via ascellare come via d'accesso per la mastoplastica additiva e dal 1993 eseguiamo l'intervento in videoendoscopia. Questo prezioso strumento permette infatti di ovviare alla impossibilità di seguire dall'esterno le manovre chirurgiche per l'allestimento ed il perfezionamento della tasca periprotetica sottomuscolare.

Dal 1994 utilizziamo protesi testurizzate anatomiche a gel coesivo, che posizioniamo in sede retromuscolare.

Spieghiamo il come ed il perché delle nostre scelte.

MATERIALI E METODI

Abbiamo progettato e fatto costruire un particolare retrattore, che funziona da guida e sostegno per l'endoscopio, a cui viene collegato l'aspiratore ⁽³⁾. L'ottica endoscopica è di diametro 10 mm ed è obliqua a 30° (ottica da laparoscopia). Le pinze e le forbici isolate sono del tipo normalmente usato per l'endoscopia dalla chirurgia generale. Il disseettore è un uncino lungo 20 cm, di 0.8 cm di diametro, a punta smussa.

Dal 1994 utilizziamo protesi anatomiche con gel coesivo, nelle misure da 240 a 605gg o cc.

TECNICA CHIRURGICA

A paziente sveglia in posizione eretta si effettuano i disegni preoperatori. Si traccia la linea mediana dello sterno partendo dal giugulo, si delinea il contorno delle mammelle. Si traccia una linea retta orizzontale tangente il bordo inferiore delle due mammelle, per avere il riferimento dall'esterno della posizione del solco sottomammario.

L'intervento si esegue in anestesia generale. La paziente è posizionata col busto flesso di 20° e le braccia abdotte a 80°. Le aree relative all'incisione chirurgica e alla zona di scollamento vengono accuratamente infiltrate con una soluzione di NaCl 0,9% e adrenalina (a scopo di vasocostrizione).

L'incisione a Z dietro il margine posteriore del pilastro anteriore dell'ascella permette di ottenere una buona lunghezza della breccia chirurgica, in uno spazio breve. L'incisione si approfondisce fino alla fascia ascellare e raggiunge il giusto piano di clivaggio tra il m. grande pettorale ed il m. piccolo pettorale.

Lo scollamento della tasca avviene per via smussa, prima col dito poi con l'apposito scollatore.

La manovra del palloncino (che si ottiene riempiendo d'aria la tasca creata e chiudendo la breccia chirurgica con le dita) permette di reperire chiaramente sulla cute eventuali tralci muscolari residui che risulteranno come irregolarità del contorno della tasca.

A questo punto si inserisce nella tasca l'apposito retrattore, adeguatamente preparato. Con le forbici endoscopiche si competa la disinserzione di ogni fascio muscolare residuo del m. grande pettorale nei quadranti infero-mediali della tasca. Con la pinza endoscopica si effettua una perfetta coagulazione. Si introduce un drenaggio che verrà messo in aspirazione al termine dell'intervento. Si introduce la protesi, si sutura previo controllo endoscopico dell'esatto posizionamento del drenaggio e della protesi- per piani fino alla cute (chiusa con sutura intradermica).

Si posiziona un corsetto elastico, appositamente creato, a scopo moderatamente compressivo. Esso viene mantenuto per due settimane e poi sostituito da un reggiseno elastico sportivo per un ulteriore mese.

Le suture vengono rimosse dopo quindici giorni. I controlli successivi vengono effettuati ad un mese, a tre mesi, a sei mesi, ad un anno (con controllo ecografico).

CASISTICA

Dalla fine del 1993 ad oggi abbiamo impiantato per via ascellare, in posizione retromuscolare, in videoendoscopia, più di 350 protesi, di cui più di 320 anatomiche.

COMPLICANZE

Non abbiamo avuto casi di ematomi, sieromi, infezioni. Con le protesi testurizzate a doppia camera o con gel semiliquido abbiamo avuto tre casi di retrazione capsulare e cinque casi di wrinkling.

Con le protesi anatomiche a gel coesivo abbiamo avuto un caso di retrazione capsulare, a 30 mesi di distanza dall'impianto.

Non abbiamo avuto casi di wrinkling, ad eccezione di un caso in cui abbiamo impiantato una coppia di protesi PIP modello Replica difettose. La sostituzione delle protesi -con anatomiche di altra marca- ha corretto la situazione.

RISULTATI

I risultati sono di notevole soddisfazione sia per la paziente che per il chirurgo, in quanto estremamente naturali. La giusta consistenza delle protesi a gel coesivo si ottiene dopo tre mesi dall'impianto.

Riteniamo che i buoni risultati siano peraltro legati alla concomitanza di più fattori, ossia: da una parte la grande attenzione che poniamo all'atto

chirurgico; poi la scelta della protesi, anatomica, coesiva e con una buona testurizzazione di superficie; non ultimo, il tipo di medicazione compressiva e la severa convalescenza postoperatoria che prescriviamo. Tutto ciò è volto a fare in modo che i tessuti guariscano a stampo perfetto della protesi, in modo da avere una capsula periprotetica estremamente sottile perché indebolita nel posizionamento disordinato delle sue fibrille collagene.

DISCUSSIONE

La via ascellare è sicuramente la migliore via d'accesso per questo tipo di intervento perché, oltre a non lasciare cicatrici visibili sulle mammelle (fatto estremamente apprezzato dalle pazienti!), offre il massimo rispetto possibile per la ghiandola mammaria ^(1,2,4).

L'ultima generazione di protesi mammarie è rappresentata dalla protesi anatomica con gel coesivo. Essa ha praticamente risolto il problema della protesi testurizzata con gel semiliquido che è il wrinkling. La superficie testurizzata si è dimostrata peraltro realmente efficace nella prevenzione dell'incapsulamento periprotetico.

La sede d'impianto migliore per questo tipo di protesi è quella retromuscolare. Infatti il suo bordo superiore particolarmente spesso ne rende sconsigliabile il posizionamento retroghiandolare, a causa della possibile percezione al tatto o addirittura alla vista, in donne con ghiandola scarsamente rappresentata.

Sicuramente un lavoro di precisione quale quello che deve essere fatto per il perfezionamento della tasca sottomuscolare non può essere fatto sotto visione diretta. L'ingrandimento dell'immagine che la videoendoscopia offre è un ausilio indispensabile per questo tipo di intervento.

CONCLUSIONI

La grande naturalezza dei risultati deve spingere il chirurgo esperto ad utilizzare questa tecnica raffinata, anche se sicuramente la manualità necessaria per l'utilizzo della via ascellare e dell'endoscopia non è la stessa richiesta da un approccio più tradizionale.

Nella mastoplastica l'endoscopia trova la migliore delle indicazioni per il suo utilizzo in chirurgia plastica.

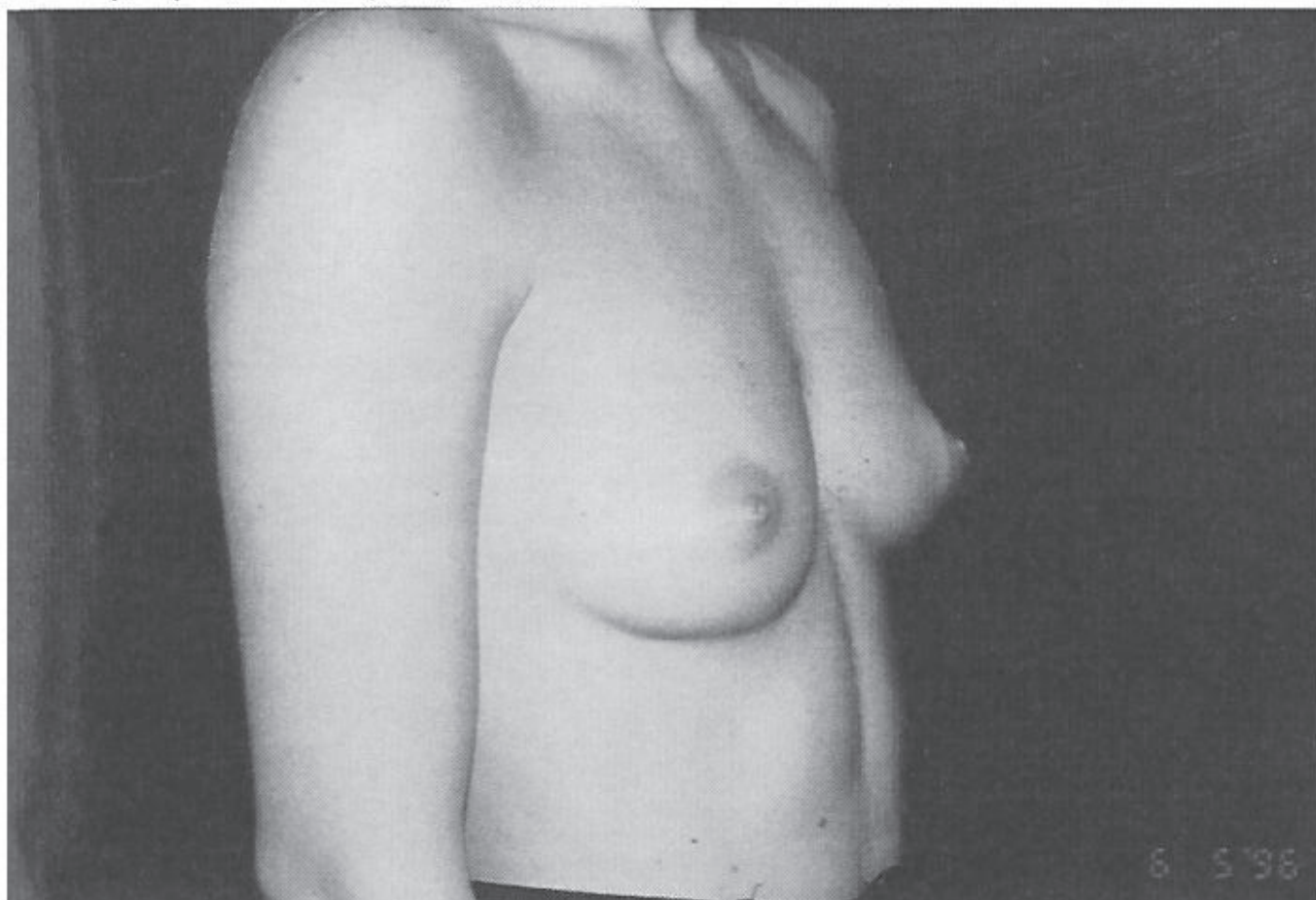
Notevole importanza riveste la scelta del tipo di protesi, che grande parte ha nel risultato. La protesi anatomica ha dato nuova luce a questo tipo di intervento, offrendo la possibilità di risultati davvero naturali.

BIBLIOGRAFIA

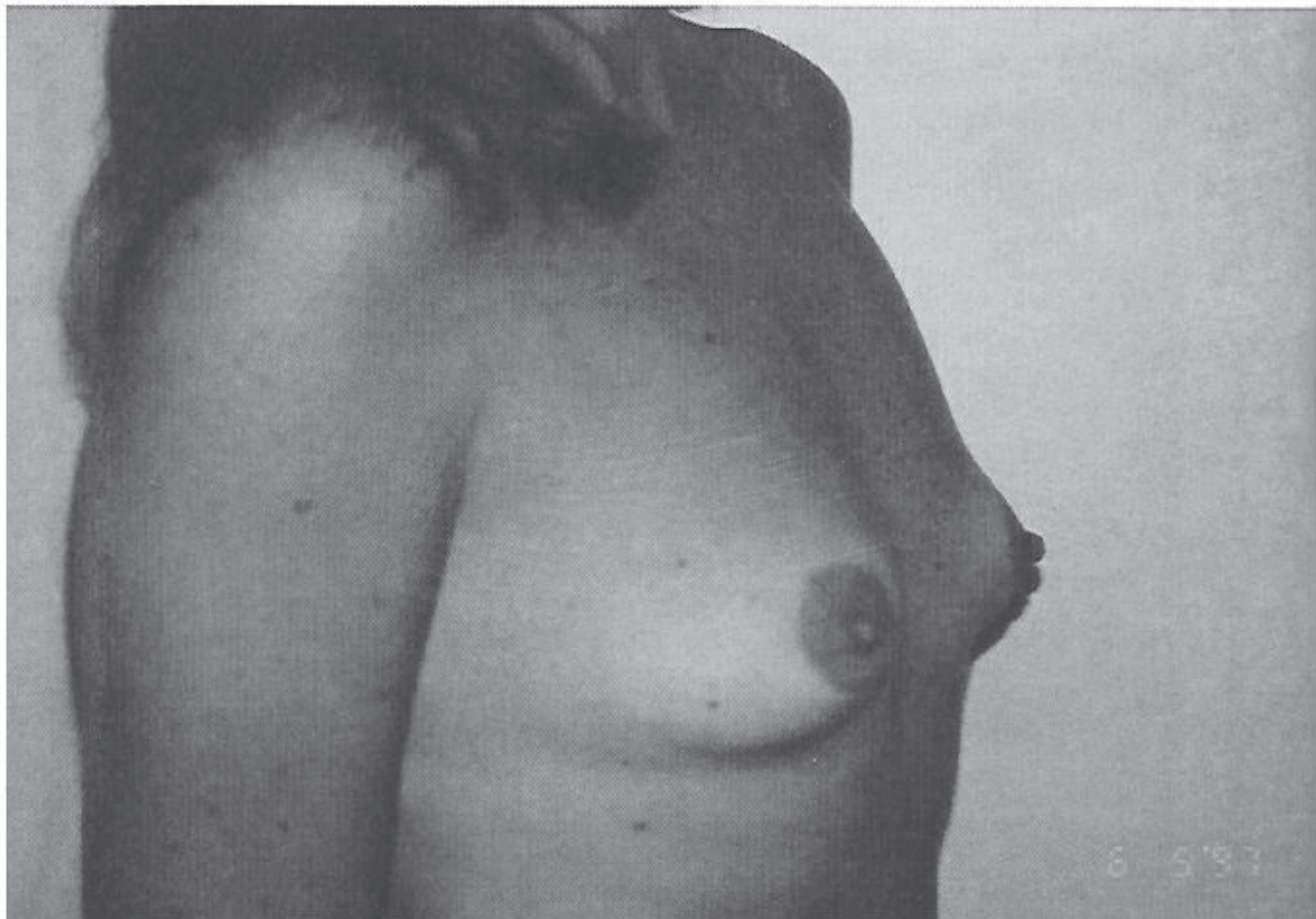
1. Ho LCY "Endoscopic assisted transaxillary augmentation mammoplasty" Br J Plast Surg 46,332,1993
2. Price CI, Eaves FF, Nahai F, et al. "Endoscopic transaxillary subpectoral breast augmentation" Plast Reconstr. Surg. 94,5,612,1994

3. Santanchè P, Bonarrigo C "Mastoplastica additiva retroghiandolare per via ascellare" Riv Ital Chir Plast 25,1,45,1993
4. Tebbets JB "Transaxillary subpectoral augmentation mammoplasty: a nine-year experience" Clin Plast Surg 15,557,1988

Caso 1: paziente di anni 28, h. cm. 180, peso kg. 65, nullipara.
1a: preoperatorio; 1b: postoperatorio con protesi cc.390.



Caso 2: paziente di anni 39, h. cm. 175, peso kg. 60, due figli.
2a: preoperatorio; 2b: postoperatorio con protesi cc. 340.



Caso 3: paziente di anni 30, h. cm. 173, peso kg. 59, nullipara
3a: preoperatorio; 3b: postoperatorio con protesi cc. 400.

