



Ricostruzione del seno

breve guida per le donne operate di carcinoma mammario

Ricostruzione del seno

breve guida per le donne operate di carcinoma mammario



Questa guida è realizzata da ADOCM Crisalide in collaborazione con gli oncologi e i chirurghi senologi dell'Azienda USL di Rimini.

Vuole essere un aiuto a tutte le donne operate di carcinoma mammario per dare loro informazioni il più possibile complete e corrette riguardo la ricostruzione della mammella, fornendo gli elementi necessari per stabilire con il medico un rapporto fattivo e collaborativo ed affrontare, con consapevolezza, l'eventuale intervento chirurgico.

Alcuni termini tecnici che potrebbero essere di difficile comprensione sono raccolti in un glossario esplicativo situato in fondo alla guida.

Prefazione

La chirurgia della mammella ha subito profonde trasformazioni e importanti innovazioni spostandosi da interventi radicali verso una chirurgia meno invasiva. Quindi, da una chirurgia “estrema” ad una più rispettosa del corpo femminile e della qualità estetica dell'intervento. Raggiungere questo obiettivo, che unisce alla qualità dell'opera di conservazione il rispetto dell'immagine corporea e la sicurezza della salute, rappresenta uno degli obiettivi di coloro che si occupano della tutela del malato. Unificando le competenze professionali chirurgiche ed estetico-ricostruttive si vuole raggiungere un obiettivo che mette al centro non solo l'efficienza dell'assistenza sanitaria, ma anche il legittimo diritto al recupero fisico ed estetico della donna. Questo opuscolo, per quanto semplice, cerca di spiegare in modo comprensibile ciò che le pazienti devono conoscere prima di affrontare il percorso estetico.

Il lavoro realizzato dall'associazione Adocm Crisalide rappresenta un aiuto concreto per la donna e per tutte le pazienti che si accingono a dover affrontare scelte importanti per la loro salute fisica e psicologica.

Dott. Alberto Ravaioli
Direttore U.O. Oncologia
ed Oncoematologia
Ospedale infermi Rimini



Introduzione



Associazioni di donne operate di tumore al seno ed alcuni esperti hanno collaborato per elaborare questa guida: un aiuto a te e a tutte coloro che, dopo una mastectomia, decidono di ricorrere alla ricostruzione del seno, per ritrovare l'aspetto corrispondente all'immagine che hai di te stessa, per sentirti a tuo agio con una protesi perfettamente integrata col tuo corpo.

Quella della ricostruzione, qualunque sia il motivo che ti spinge alla scelta, è una decisione molto importante, che va ponderata con molta serietà perché si tratta di un intervento chirurgico che, nonostante i progressi tecnici ed estetici di questi ultimi anni, ti sottopone a disagi fisici e talvolta anche psicologici. Possono insorgere effetti collaterali indesiderati e il risultato finale potrebbe anche non essere così perfetto come ti aspettavi.

Quindi, per evitare angosce e delusioni, è bene affrontare la prova dopo avere acquisito un'adeguata

informazione visto che oggi sono disponibili varie tecniche di ricostruzione; è opportuno che tu conosca vantaggi e svantaggi. La conoscenza infatti ti permetterà di partecipare con consapevolezza, insieme al tuo chirurgo senologo, alla scelta della soluzione per te ottimale. Per assicurarti il miglior risultato possibile, è consigliabile che tu consulti il chirurgo senologo non appena sei decisa ad effettuare la ricostruzione: insieme a lui, tenendo conto del tuo stato di salute (e delle tue aspettative estetiche), sceglierai il tipo di protesi che fa al caso tuo e il momento più opportuno per eseguirla.

La maggior parte dei chirurghi senologi oggi consiglia la ricostruzione e fornisce informazioni sui centri o sugli ospedali dove puoi eseguirla. A questo punto, effettua la scelta, cerca di documentarti con precisione e chiedi al chirurgo plastico di mostrarti fotografie dei risultati finali degli interventi eseguiti. Se non sei convinta, ricorda che hai tutto il tempo per chiedere

anche altri pareri: spesso la buona qualità del risultato dipende dall'abilità e dall'esperienza del chirurgo.

Se non vivi sola, è bene che tu ne parli con la persona con cui condividi la tua esistenza (marito, compagno, ecc.); può esserti d'aiuto parlarne anche con un'amica o con donne organizzate in associazioni di volontariato che abbiano già affrontato lo stesso intervento: sono presenti in molte città italiane e offrono informazioni e supporto negli ospedali o nelle sedi di istituzioni impegnate contro il cancro.

Questa guida vuole darti le principali informazioni sulle tecniche oggi disponibili, sui vantaggi e svantaggi di ognuna di esse. Ti vuole seguire in tutte le fasi del "travaglio", fino alla decisione finale, suggerendoti un percorso che porti alla presa di coscienza del problema.

Alcune domande da porre all'esperto



> Che cos'è la ricostruzione del seno?

È un intervento chirurgico che ricrea la forma naturale del seno -rimosso interamente o parzialmente dal chirurgo a seguito di una diagnosi di cancro alla mammella- utilizzando protesi artificiali o parti di tessuti dell'organismo.

È possibile ricostruire anche l'areola, di solito in un secondo momento e con un altro piccolo intervento.

> Perché fare una ricostruzione?

A volte è difficile rassegnarsi alla perdita del seno e all'idea di dover convivere per tutta la vita con una protesi esterna. È bene però che tu sappia che un seno ricostruito potrà non riprodurre fedelmente l'aspetto e la sensibilità di quello naturale; tuttavia, potrai sentirti la stessa di prima, sia quando ti vesti che quando ti metti in costume da bagno.

> Chi si può sottoporre a una ricostruzione?

Tutte le donne che hanno subito uno dei seguenti interventi:

- Mastectomia sottocutanea (asportazione della ghiandola, lasciando intatta tutta la cute e il capezzolo)
- Mastectomia radicale (asportazione totale del seno, compresi areola e capezzolo).
- Quadrantectomia o tumorectomia (quando, nonostante la tecnica conservativa, la porzione rimossa è ampia tanto da creare un'evidente disparità con l'altro seno).

Grazie alle tecniche moderne, problemi come la cute danneggiata dalla radioterapia e l'assenza di muscoli pettorali possono essere risolti con facilità.

> Quando si può fare una ricostruzione?

Sia nel momento dell'asportazione del tumore (ricostruzione immediata) che successivamente, con un inter-

vento che si esegue anche a distanza di anni (ricostruzione differita). La decisione dipende da te e dal tuo medico.

Oggi la tecnica più usata è la ricostruzione immediata, perché offre alcuni vantaggi:

- Evita o riduce il senso di mutilazione provocato dalla mastectomia.
- Evita un ulteriore intervento.

Questa tecnica prevede due tempi chirurgici: nel primo, si impianta un espansore contemporaneamente alla rimozione del tumore. Nel secondo, questo viene sostituito con una protesi definitiva.

La ricostruzione differita invece, richiede un intervento aggiuntivo, in un momento diverso da quello della rimozione del tumore. di solito dopo tre o quattro mesi.

N.B. La ricostruzione immediata è obbligatoria per i casi di mastectomia sottocutanea, per evitare che la pelle si retragga.

> Quali problemi si possono incontrare?

Può succedere che subito dopo l'operazione tu ti senta sconfortata e con molto dolore. Questo dipende dalla durata e dal tipo di intervento che hai subito e se sono insorte complicazioni (ad esempio ematomi, infezioni, ritardi di guarigione). Sono problemi temporanei che, grazie a trattamenti medici, vengono risolti rapidamente.

E' bene sapere, però, che nonostante il chirurgo si sforzi per ottenere il miglior risultato, come per tutti gli interventi, anche per questo non si può escludere l'insorgenza di effetti collaterali indesiderati (ad esempio intolleranza a materiali estranei).

Se hai una protesi al silicone, a lungo termine potrebbe formarsi intorno alla cicatrice un tessuto fibromatoso che rende il seno saldo e duro. Se questo processo diventa troppo doloroso, si dovrà rimuovere l'impianto ed installarne uno nuovo (problema attualmente pressochè superato per i materiali in uso corrente).

Col tempo, i due seni possono non apparire uguali, nonostante l'impegno del chirurgo. Può capitare se

perdi o aumenti peso. E' possibile rimediare anche a questo inconveniente con un ulteriore piccolo intervento, anche se la simmetria perfetta è difficile da raggiungere.

Non è detto che questi problemi si presentino tutti insieme e, soprattutto, non tutti a te. E' giusto comunque menzionarli per aiutarti a capire che la ricostruzione del seno non è sempre così semplice come si potrebbe sperare e per evitarti una delusione se il risultato finale non dovesse corrispondere pienamente alle tue aspettative.

> Informazioni pratiche e comportamentali

Questi interventi vengono eseguiti in anestesia generale, quindi sono necessari alcuni accertamenti preoperatori (esami del sangue, elettrocardiogramma, radiografia del torace). Informazioni che ti saranno comunque fornite dal medico o dal personale ausiliario insieme alle istruzioni sull'assunzione dei farmaci (ad esempio è sconsigliato l'uso di aspirina a partire da almeno dieci giorni prima dell'intervento). Il ricovero di solito è di due o tre giorni.

Quasi sempre viene lasciato un drenaggio per una durata di tempo soggettiva (dipende dalla quantità di siero che il tuo corpo produce).

Dopo una decina di giorni saranno rimossi i punti e controllate le suture.

Nel caso ti abbiano applicato un espansore, è possibile che la valvola o i bordi di questo siano palpabili al di sotto della cute.

Nella prima settimana dopo l'intervento è consigliabile limitare l'attività fisica ed i movimenti del braccio (è bene non portare o sollevare pesi e non guidare); dopo una decina di giorni si possono riprendere gradualmente tutte le attività fisiche, comprese quelle sportive.

Per i primi due mesi è sconsigliata anche l'esposizione al sole della mammella operata.

E' inoltre opportuno che tu sappia che l'impianto non ha durata illimitata: la vita media di una protesi è di circa dieci anni. Opportuni esami radiologici (TAC, Risonanza Magnetica) ti daranno informazioni esatte sullo stato della protesi che, non appena presenterà segni di usura, dovrà essere rimossa con un ulteriore piccolo intervento.

N.B. Abbiamo ritenuto corretto fornirti tutte queste informazioni non per spaventarti o dissuaderti dall'eseguire una ricostruzione, ma perché tu ne conosca vantaggi e svantaggi e per aiutarti ad avere un ruolo attivo e consapevole nella scelta che stai per fare.

Tipi di ricostruzione del seno



1. Impianto di un espansore mammario o di una protesi

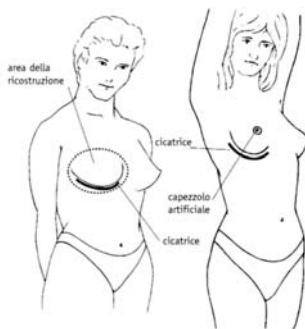
> E' la procedura più diffusa. Può essere utilizzata sia nella ricostruzione immediata che differita, purchè la paziente presenti un buono stato della muscolatura e della cute toracica. La cicatrice per l'inserimento di questi impianti può essere orizzontale (attraverso il seno) o nella piega ad esso sottostante.

> Il chirurgo crea uno spazio sotto il muscolo pettorale all'interno del quale viene collocato un espansore vuoto munito di una valvola. Attraverso questa sarà successivamente iniettata una soluzione fisiologica in modo graduale per estendere il tessuto e creare uno spazio sufficiente a contenere la protesi definitiva, che verrà inserita successivamente con un ulteriore intervento.

> Oggi esistono anche espansori permanenti, per i quali non è necessaria la sostituzione. Vengono inseriti parzialmente gonfiati e saranno riempiti successivamente con soluzione fisiologica attraverso una valvola che sarà rimossa appena otte-

nuto il volume desiderato. Questi espansori sono meno adattabili alla forma del seno naturale.

impianto sotto-muscolare al silicone



Le protesi oggi in commercio sono di vari tipi. Morbide, comprimibili, riempite di gel di silicone o di liquido fisiologico, hanno varie forme e varie dimensioni e si avvicinano di più alla forma naturale del seno. Tutte hanno un involucro esterno in silicone, ritenuto il materiale più inerte nei confronti dei tessuti che lo ospitano. (Studi approfonditi infatti escludono che sia cancerogeno o che provochi

effetti negativi sull'organismo, come era stato affermato in passato).

Vantaggi:

Solitamente è un intervento semplice che ha esito positivo. Richiede una breve degenza in ospedale a cui segue un rapido recupero.

Svantaggi:

- Intorno alla protesi potrebbe crearsi uno strato fibroso, dovuto all'intolleranza dei tessuti al corpo estraneo, che rende il seno duro e doloroso. Spesso questo è un fenomeno passeggero, ma in alcuni casi si rende necessario un nuovo intervento per la sostituzione dell'impianto.

- La protesi potrebbe rompersi a causa di traumi, per l'usura del tempo o per l'intervento di strumenti chirurgici. In questi casi con la fuoriuscita del silicone o del liquido fisiologico si verifica un cambiamento della forma e della consistenza della mammella. E' necessaria allora la sostituzione dell'impianto per evitare che, nel tempo, ci sia un'infiltrazione di queste sostanze nei tessuti.

- Il silicone è opaco ai raggi X: tale caratteristica ostacola la rilevazione

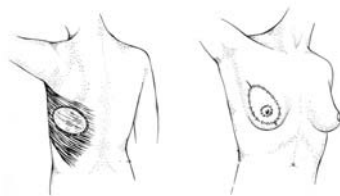
di eventuali nuovi noduli nella ghiandola mammaria residua; ciò potrebbe costituire un problema soprattutto in caso di ricostruzione parziale in una quadrantectomia, dove rimane parte della ghiandola mammaria.

2. Muscoli e pelle per trapianti

Esiste un tipo di ricostruzione che prevede la rotazione o il trasferimento di parti di tessuto cutaneo e muscolare da una parte all'altra del corpo. I sistemi sono due:

A. Con l'utilizzo del lembo muscolo cutaneo del gran dorsale;

B. Con l'utilizzo del lembo del retto addominale.



> Metodo A con lembo del grande dorsale

E' un intervento che si preferisce per i casi di mastectomia radicale in cui è stata asportata gran parte dei

muscoli pettorali e della cute sovrastante e quando la mammella da ricostruire è voluminosa.

Il chirurgo stacca una parte del muscolo dorsale e della cute, dal lato del seno operato, e lo ruota verso il torace attraverso una cavità ricavata sotto la pelle dell'ascella. Questo muscolo integra quello asportato con la mastectomia e copre la protesi che viene inserita per ottenere il volume del seno mancante. Per alcuni giorni sarà necessario un drenaggio collocato sul dorso e uno sulla parte ricostruita, per rimuovere secrezioni sierose. Con questo intervento, che richiede una durata media di tre ore e un ricovero di circa una settimana, si avranno una cicatrice ovale sul seno ricostruito e una orizzontale o obliqua sul dorso, nell'area da cui è stato effettuato il prelievo.

Vantaggi:

- consente una ricostruzione di buona qualità in donne che hanno subito un'ampia mastectomia o che hanno la cute danneggiata per la radioterapia.

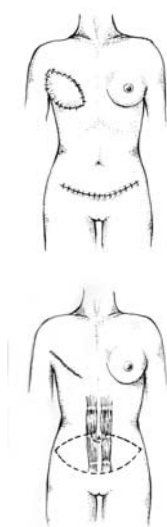
Svantaggi:

- Questo intervento richiede un perio-

do di riabilitazione dell'arto corrispondente al muscolo ruotato.

- Anche se non sono previsti gravi deficit nell'articolazione in quanto il muscolo dorsale può essere integrato da muscoli vicini, la corretta postura del dorso può venire modificata con conseguenti alterazioni dell'equilibrio muscolare del tronco.

> Metodo B con lembo del retto addominale



Anche questo è un intervento adatto per ricostruire seni molto voluminosi

per i quali non bastano muscolo e cute per ricoprire la protesi o quando siano falliti altri metodi di ricostruzione.

Il chirurgo utilizza uno o entrambi i muscoli dell'addome situati nella zona tra l'ombelico e il pube. Ricchi di cute, di strato adiposo e di vasi sanguigni, permettono la nutrizione del tessuto anche dopo il trasferimento. Vengono ruotati dall'addome verso il torace, nell'area da ricostruire. La zona da cui si è effettuato il prelievo viene rinforzata con una procedura tipo addomino plastica e sarà segnata da una cicatrice orizzontale nella parte inferiore del ventre. Il seno sarà segnato da una cicatrice ovale.

Vantaggi:

- Assicura un risultato estetico migliore in quanto il seno ricostruito assume una forma più simile a quella naturale e ne mantiene la morbidezza e la mobilità
- Data l'abbondanza di tessuto adiposo disponibile quasi mai si deve ricorrere all'aggiunta di una protesi
- Non è necessaria alcuna correzione del seno controlaterale

Svantaggi:

- Produce un indebolimento dei muscoli addominali
- In non pochi casi si verificano complicazioni

N.B.: Va sottolineato che per queste due ultime tecniche descritte, di maggiore complessità rispetto alle precedenti, il buon esito dipende, oltre che dall'abilità del chirurgo, dalla presenza di un'équipe interdisciplinare di medici e di una struttura ben attrezzata.

3. Ricostruzione dopo la quadrantectomia

La quadrantectomia è un intervento conservativo, studiato per conservare il seno ed evitare la mutilazione, garantendo allo stesso tempo la sicurezza dal punto di vista oncologico. Esso prevede però l'asportazione di una porzione di cute, di sottocute e di tessuto ghiandolare, per cui non sempre gli esiti estetici sono soddisfacenti. Intervengono anche altri fattori, oltre all'abilità del chirurgo, a rendere variabile il risultato:

- > la dimensione del tumore: più questo è grande, più ampia è la

porzione di tessuto da rimuovere;
> la posizione del tumore:
se è situato dietro il capezzolo (retroareolare) si rende necessaria l'asportazione del capezzolo e dell'areola, provocando così una deformità della mammella;
> la dimensione della mammella:
è più probabile un esito estetico soddisfacente su una mammella grossa che su una piccola;
> l'eventuale fibrosi provocata dalla radioterapia.
Tuttavia se l'effetto estetico risulta sfavorevole, anche in questo caso è

possibile intervenire integrando la porzione di tessuto mancante con una delle tecniche già descritte o riducendo la mammella controlaterale.

Vantaggi:

- Si ottiene un buon recupero estetico

Svantaggi:

- L'opacità del silicone ai raggi X non consente di individuare eventuali nuovi noduli del tessuto ghiandolare residuo



Interventi associati alla ricostruzione



> Ricostruzione del capezzolo e dell' areola

Questo intervento viene eseguito in genere qualche mese dopo la ricostruzione del seno dopo che i tessuti si sono assestati, per permettere al chirurgo di allineare capezzolo e areola a quelli del seno naturale.

Tecniche adottate:

a) **Capezzolo:** se il capezzolo del seno controlaterale è abbondante se ne preleva la metà per innestarlo sul seno ricostruito. Se però la paziente si rifiuta o se il seno è di piccole dimensioni, si disegna sulla mammella ricostruita un'ellisse nel punto in cui si deve posizionare il capezzolo e, dopo averla incisa, si sollevano i lembi e si modellano a forma cilindrica.

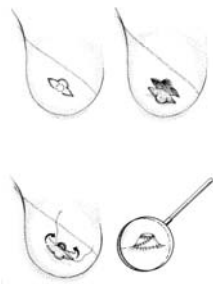
b) **Areola:** anche in questo caso, se l'areola del seno naturale è ampia, si procede al trapianto di una porzione di questa sulla mammella ricostruita; in alternativa, si preleva per l'in-

nesto una porzione di tessuto dall'inguine, dove la cute è maggiormente pigmentata.

Svantaggi:

Col tempo la colorazione si modifica, producendo effetti poco gradevoli.

c) Oggi esiste anche la tecnica del tatuaggio, che non richiede interventi chirurgici e non aggiunge ulteriori cicatrici. La tonalità del colore viene determinata prendendo come modello l'areola naturale. Se col tempo questa sbiadisce è sempre possibile ritoccarla.



> Modellamento della mammella controlaterale

Nella ricostruzione di un solo seno, può risultare difficile per il chirurgo riprodurre con esattezza il volume della mammella naturale, soprattutto se questa è di notevoli dimensioni o se è cadente. In questi casi, per ottenere un effetto estetico soddisfacente, è quasi sempre necessario intervenire sulla mammella sana per ridurne il volume o per sollevarla. Questo intervento si esegue in genere in contemporanea con quello previsto per la sostituzione dell'espansore con la protesi definitiva.



Dove ci si può rivolgere per effettuare la ricostruzione

- Presso tutte le chirurgie delle Aziende USL (Ospedali pubblici) del territorio italiano o quelle convenzionate che eseguono tale intervento.

- Nella **provincia di Rimini**, la chirurgia della mammella viene eseguita presso l'ospedale di Santarcangelo dai chirurghi dedicati degli ospedali di Riccione, Rimini e Santarcangelo.

Ogni donna che dovrà essere sottoposta a detto intervento può scegliere, tra questi, il chirurgo di sua fiducia. Egli, dopo averla visitata nell'ambulatorio chirurgico (situato presso l'oncologia di Rimini), eseguirà l'intervento a Santarcangelo. Dopo la dimissione della paziente (in genere dopo pochi giorni di degenza), il chirurgo continuerà a seguirla o presso l'ambulatorio chirurgico di Rimini o in altro ambulatorio ospedaliero concordato, fino alla guarigione dell'incisione.

- Un chirurgo plastico è presente una volta al mese a Santarcangelo,

ed affianca il chirurgo senologo per gli interventi più impegnativi.

COSTI

Le prestazioni mediche sono regolamentate a livello nazionale. **Nessun onere è a carico della paziente per l'intervento**, a partire dalla rimozione del tumore fino a completa guarigione, compresa l'eventuale ricostruzione della mammella, **purchè eseguita nella struttura pubblica o convenzionata**.



Glossario:



Controlaterale: nella ricostruzione del seno, per ottenere un buon risultato estetico, si interviene sulla mammella non operata per ridurne il volume o per sollevarla per dare maggiore simmetria.

Deficit: inteso come diminuzione dei movimenti articolari a seguito di un intervento di ricostruzione plastica utilizzando il muscolo gran dorsale.

Differita (ricostruzione): la ricostruzione dopo intervento di mastectomia o quadrantectomia può essere effettuata anche a distanza di mesi o di anni. Questa tecnica comporta un intervento aggiuntivo.

Drenaggio: è un presidio che viene inserito e lasciato in sede per alcuni giorni al fine di raccogliere la formazione di liquido sieroso o di sangue che si produce dopo l'intervento.

Espansore: presidio che viene utilizzato nella ricostruzione (immediata o differita) per ottenere una superficie cutanea (asportata con l'intervento di mastectomia o quadrantectomia) adatta ad accogliere la protesi defi-

nitiva. L'espansore viene inserito vuoto; successivamente, in un tempo variabile e a più riprese, viene riempito con soluzione fisiologica attraverso una valvola, fino a raggiungere un volume sufficiente alla sostituzione espansore protesi.

Fibroso o retrazione capsulare: questi due termini indicano una complicanza che si può verificare intorno alla protesi e dovuto alla intolleranza dei tessuti al corpo estraneo (protesi). Il seno diventa duro e dolente a causa di questa guaina di tessuto neoformato che riveste la protesi. Da alcuni anni, però, questo fenomeno è sempre meno presente grazie all'utilizzo di protesi con superficie non liscia ma corrugata la cui struttura impedisce o limita la formazione di tale involucri fibromatoso.

Immediata (ricostruzione): indica il tempo in cui si può ricostruire il seno asportato totalmente o parzialmente. In questo caso la ricostruzione avviene al momento dell'asportazione della neoplasia con l'inserimento di un espansore e successiva sua sostit-

tuzione con una protesi definitiva.

Mastectomia: asportazione chirurgica totale o parziale della ghiandola mammaria. Vi sono diversi tipi di mastectomia:

- Mastectomia Radicale sec. Halsted che prevede l'asportazione della mammella, dei muscoli pettorali di tutti i linfonodi ascellari e tessuto cutaneo e adiposo. Tale tecnica è praticamente abbandonata.

- Mastectomia Radicale Modificata: asportazione della mammella, dei linfonodi ascellari, di una parte del rivestimento dei muscoli pettorali ed in alcuni casi del muscolo piccolo pettorale.

- Mastectomia Segmentaria: asportazione del tumore e di una più estesa quantità di tessuto circostante.

Mastopessi: rimodellamento del seno sollevandolo e migliorandone la forma senza variare le dimensioni.

Mastoplastica additiva: consiste nel migliorare l'aspetto del seno aumentando le dimensioni (attraverso una piccola incisione cutanea posta nel solco sottomammario, nel cavo ascellare o al bordo dell'areola) si posizionano delle protesi (normalmente al silicone) delle dimensioni

necessarie ad ottenere il risultato desiderato.

Riduttiva: consiste nel ridurre le dimensioni del seno migliorandone la forma. Si rimuove l'eccesso di tessuto mammario attraverso incisioni cutanee di forma e dimensioni variabili in base al risultato da ottenere. La cute viene rimodellata e il capezzolo riposizionato.

Muscolo gran dorsale: vi è un tipo di ricostruzione che prevede la rotazione o il trasferimento di parti del tessuto cutaneo e muscoli da una parte all'altra del corpo. Si utilizzano generalmente due muscoli: il gran dorsale o il retto addominale.

Muscolo retto addominale: vedi sopra.

Quadrantectomia: consiste nell'asportazione di un tratto di tessuto mammario (circa un quadrante della mammella) contenente il tumore con un margine di tessuto circostante. Questo intervento viene seguito dalla Radioterapia sul tessuto mammario residuo.

Secrezioni sierose: negli interventi chirurgici si formano e raccolgono

liquidi costituiti quasi sempre da siero che devono essere drenati per evitare raccolte che possono creare complicanze.

Soluzione fisiologica: liquido idrosalino utilizzato per riempire gli espansori mammari.

Strato adiposo: questa struttura anatomica viene utilizzata nella ricostruzione che utilizza il muscolo retto dell'addome che viene trasferito nella sede della pregressa mastectomia con un lembo di cute e di adipe sottocutaneo.

Tumorectomia o escissione locale ampia: consiste nell'asportazione del tumore con un margine di tessuto circostante istologicamente sano.

Questo intervento viene sempre seguito dalla radioterapia sul tessuto mammario residuo.



A.D.O.C.M. Crisalide

Associazione Donne Operate di Carcinoma mammario

Associazione nata nel 1994, opera nel settore sanitario per promuovere la cultura della salute della donna.

MISSION

- > Fornisce informazioni e organizza incontri divulgativi con particolare riferimento alla prevenzione e diagnosi precoce dei tumori femminili.
- > Offre sostegno alle donne operate di carcinoma mammario durante il percorso della malattia, il recupero psicofisico e la reintegrazione nella vita relazionale.
- > Opera per diffondere, in collaborazione con medici e psicologi, la conoscenza delle tecniche terapeutiche e chirurgiche più avanzate, per aiutare le donne a superare la condizione psicologica e culturale di passività nella scelta delle terapie.
- > Collabora con l'Azienda UsI di Rimini e le altre istituzioni del territorio, per migliorare l'esistente ed introdurre nuove tecnologie nella struttura sanitaria.

SEDE:

Via XX Settembre 16 – Rimini

Orari di apertura:

Mercoledì pomeriggio dalle ore 15,30 alle 18,30
e ogni altro giorno per appuntamento.

RIFERIMENTI:

Coordinatrice : Monari Marisa

Tel. 335 5936573 o 347 5981981

Ricostruzione del seno
a cura di ADOCM Crisalide
II^a edizione - settembre 2006
I^a edizione - settembre 1999

Progettazione grafica e impaginazione a cura di Volontarimini,
Centro di servizio per il volontariato della provincia di Rimini.

Stampato presso la Tipografia Artigiana

Crisalide



ASSOCIAZIONE
DONNE
OPERATE
CARCINOMA
MAMMARIO

via XX settembre, 16
47900 - Rimini
Tel. 335 5936573 - 347 5981981

realizzato con il contributo di

Azienda USL Rimini



istituto
oncologico
romagnolo



SANPIOLO IMI