

**DR GIUGLIANO ALESSIO**

**Medico Chirurgo Chirurgia estetica**

Studio:San Gennarello di Ottaviano via Parisi tel 3394439100 3921878870

Fuorigrotta via Sebastiano Veniero 17 Studio Nice 0812392966

## CONTRATTO INFORMATIVO-TERAPEUTICO

### PROTOCOLLO DI CONSENSO CONSAPEVOLE ED INFORMATIVO AD ESEGUIRE UN INTERVENTO CHIRURGICO

Io cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
autorizzo il dr \_\_\_\_\_ e i suoi collaboratori ad eseguire  
su di me l'intervento chirurgico di \_\_\_\_\_

-----  
in anestesia \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_

ho letto il protocollo informativo unito alla presente scheda e so che:

1. L'informazione sull'intervento e suoi possibili esiti, che mi e' stata data , e' estesa , veritiera, realistica e completa
2. Poiché la chirurgia non e' una scienza esatta non può essere precisamente pronosticata a priori la percentuale di miglioramento del difetto da correggere, l'entità e la durata del risultato.
3. La qualità delle cicatrici residui, l'eventuale formazione di ematomi e o sieromi sono eventi che non dipendono solo dalle tecniche chirurgiche impiegate, ma ancor più dalle risposte dell'organismo.
4. L'eventuali complicazioni e o difetti possono essere trattate o e corrette e a tal fine acconsento a sottopormi alle cure del caso, eventualmente anche chirurgiche , dal chirurgo stesso che mi ha operato , senza ulteriore pagamento di parcella per il chirurgo. se mi rivolgo ad un altro chirurgo , rinuncio a qualsiasi rivalsa verso il chirurgo che mi ha operato
5. Accetto di sottopormi alle terapie mediche e fisiche che mi verranno prescritte nel post operatorio, essendo informato che , in caso contrario potrei compromettere l'esito dell'intervento.
6. Nel caso che il risultato dell'intervento sia, oggettivamente insoddisfacente cioè, non attribuibile ad un inconveniente fortuito e correggibile , il/la paziente avrà diritto al risarcimento al danno patrimoniale con esclusione del danno non patrimoniale
7. Acconsento ad essere fotografata, durante e dopo l'intervento a scopo di documentazione clinica, che il chirurgo si impegna ad usare solo in contesto scientifico e con assoluta garanzia di anonimato
8. L'intervento in oggetto presenta particolari difficoltà si no

\_\_\_\_\_  
Firma del paziente

In caso di minore, firma dell'esercente la patria potestà

\_\_\_\_\_  
Firma del chirurgo

Ai sensi dell'articolo 1341 del c.c. approvo espressamente gli articoli : 3, 4, 5, 6, 7, 8

# **MASTOPLASTICA ADDITIVA**

## **INFORMAZIONI GENERALI**

### **CHI E' LA CANDIDATA**

Nel caso di un seno poco sviluppato :

- costituzionalmente
- dopo una gravidanza

Nel caso di un seno meno sviluppato dell'altro ( asimmetria )

### **RISULTATI DESIDERATI**

Un seno di volume maggiore e di forma più gradevole

### **DESCRIZIONE INTERVENTO**

Questo tipo di intervento viene svolto in anestesia locale con sedazione o in anestesia generale .  
Viene fatta una piccola incisione nella metà inferiore dell'areola e viene inserita una protesi

### **GUARIGIONE**

La paziente viene dimessa con una fasciatura elasto-compressiva che verrà rimossa dopo 1 – 3 giorni .

Il dolore posto operatorio è variabile in caso in caso e si controlla con farmaci orali .

I punti di sutura vengono tolti in genere dopo 7 – 12 giorni .

Si consiglia di non fare attività faticose o sollevare oggetti pesanti. La ginnastica aerobica potrà essere ripresa dopo almeno 1 mese.

### **NOTE**

I pro ed i contro di questo intervento possono essere determinati al momento della prima consultazione.

Come ogni intervento chirurgico esiste una percentuale di rischio .Talvolta si presentano delle piccole complicazioni , che comunque non pregiudicano la riuscita dell'intervento.

Complicanze più gravi sono molto rare.

## MASTOPLASTICA ADDITIVA INFORMAZIONI DETTAGLIATE

### GUARIGIONE :

#### *Ripristino dei nervi sensori:*

Formicolio e fitte dolorose indicano che i piccoli nervi sensori si stanno rigenerando: questi sintomi scompaiono con il tempo e non bisogna allarmarsi.

In alcuni casi le areole possono diventare ipersensibili o insensibili. Si tratta di un disturbo transitorio che regredisce dopo qualche mese. Un leggero massaggio aiuta a lenire i disturbi.

#### *Sensazioni di “ liquido che ristagna all'interno del seno ”*

Dopo l'intervento si possono avere sensazioni di “ ristagno all'interno del seno”. Questo non è causato dalla protesi, ma è piuttosto l'aria racchiusa nello spazio attorno alla protesi ed i fluidi fisiologici che si accumulano dopo l'intervento. Questi fluidi vengono riassorbiti dal corpo nel corso di qualche settimana.

#### *Pelle lucida :*

La pelle del seno può diventare lucida come conseguenza del gonfiore dopo l'intervento. Dopo qualche settimana l'edema ed il gonfiore scompaiono e la pelle ritorna normale.

#### *Posizione :*

Durante la prima settimana dopo l'intervento cercate di dormire sulla schiena, invece che sul fianco. Desideriamo che le protesi restino in posizione ottimale durante la fase iniziale della guarigione. Se non ci riuscite, cercate un'altra posizione comoda, l'importante è dormire!

#### *Docce e bagni :*

Fino alla rimozione dei punti di sutura non ci si può fare la doccia o il bagno.

#### *Indumenti :*

Il reggiseno serve a sostenere e tenere in posizione le protesi. Se il reggiseno è troppo stretto o provoca dolore o fastidio sostituitelo immediatamente con uno più confortevole. Un reggiseno troppo stretto può provocare l'ulcerazione della pelle : **QUESTO NON DEVE ACCADERE!** Consigliamo di indossare il reggiseno giorno e notte per almeno trenta giorni .Dopo questo periodo potete dormire senza reggiseno. Dovrete indossare il reggiseno per almeno 6-8 settimane dopo l'intervento, durante il giorno.

#### *Punti di sutura :*

I punti di sutura vengono rimossi 7 – 14 giorni dopo l'intervento.

#### *Esposizione al sole :*

Dopo circa trenta giorni è possibile l'esposizione al sole ma occorrono da sei mesi a un anno circa perché le cicatrici siano poco visibili. Nel corso di questo periodo consigliamo di proteggere le cicatrici dall'esposizione al sole e alle lampade abbronzanti. Anche con un costume da bagno, i raggi del sole possono raggiungere la pelle e danneggiarla quindi ricordate di mettere sempre una crema solare ad alta protezione ( 15 o superiore ) sulle cicatrici.

#### *Guida :*

potete ricominciare a guidare, se questo non vi provoca dolore , dopo la prima settimana.

**Pagina tre di otto**

## RISCHI

### *contrazione della capsula:*

la contrazione della capsula è una delle “complicanze” o effetto collaterali più frequenti dell'intervento con protesi al seno. Durante l'intervento viene creata una sacca più grande della protesi. Nel corso della guarigione si forma una membrana fibrosa chiamata capsula che avvolge fisiologicamente l'impianto : in condizioni ideali la capsula mantiene le sue dimensioni originarie e le protesi al suo interno non viene in alcun modo compressa, lasciando il “nuovo” seno soffice e naturale . Per alcune ragioni ancora sconosciute, in alcune donne la consistenza della capsula si ispessisce schiacciando la protesi al suo interno e cambiando così l'aspetto del seno che si indurisce fino a risultare inestetico e dolente (a seconda del grado di contrattura sviluppatosi).

Questa contrattura può avvenire dopo l'intervento , o molti anni dopo e può comparire in uno o in entrambi i seni.

Alcune teorie suggeriscono che sia una piccola infezione a far scatenare il problema , altre lo attribuiscono ad una microfiltrazione del gel di silicone contenuto nella protesi.

L'uso di una superficie testurizzata (rugosa) della protesi sembra influenzare positivamente l'evoluzione della capsula, così come la sostituzione di un gel di silicone con altre sostanze biocompatibili.

Sebbene l'utilizzo di una protesi con superficie rugosa non abbia del tutto eliminato la contrazione della capsula , sembra aver diminuito il rischio al 5-10% in pazienti ai quali sia stata inserita una protesi contenente gel di silicone.

Qualora si presenta una contrattura di grado severo implica la correzione chirurgica , mentre nei casi di contrattura minore si consiglia uno specifico trattamento di automassaggio e di ultrasuonoterapia che molto spesso mantengono il problema a livelli accettabili sia esteticamente che sintomatologicamente.

Raramente se la contrazione ricompare e non può essere eliminata , la paziente preferisce eliminare la protesi in modo definitivo.

### *Ematoma:*

nel 2-3% dei casi può esserci un sanguinamento post-operatorio all'interno della cavità contenente la protesi: se è di minima entità viene riassorbito fisiologicamente con il tempo, viceversa potrà rendersi necessaria una evacuazione chirurgica dell'ematoma.

### *Infezione:*

l'infezione non è frequente ,ma possibile come in ogni intervento chirurgico .riduciamo a minimo il rischio somministrando per via endovenosa degli antibiotici durante l'intervento e per via orale dopo l'intervento.

Eventuali infezioni di ferita vengono quasi sempre curate con successo con medicazioni ambulatoriali;nel caso di grave infezione estesa al tessuto periprotetico si richiederebbe invece la rimozione della protesi e questa non potrebbe essere rimpiazzata se non almeno due mesi dopo la guarigione.

### *Esposizione o estrusione della protesi:*

fattori come la pelle sottile ,incapsulamento severo ,infezione o corrugamento severo possono concorrere e dar luogo ad estrusione della protesi attraverso la pelle o la cicatrice.Qualora dovesse insorgere questa rara complicanza , la protesi dovrà essere rimossa (almeno temporaneamente) e sostituita dopo un opportuno periodo di prova.

### ***Corrugamento(per protesi inserite dietro la ghiandola):***

**l'uso di protesi testurizzate ha reso più visibile il corrugamento sotto la pelle , specie in pazienti con cute sottile. Talvolta si può percepire al tatto il bordo della protesi. Questi problemi non richiedono alcun trattamento e l'esperienza ha dimostrato che il corrugamento migliora o scompare dopo un anno nel'85% dei casi. In caso ciò non si verifichi e compaia un inestetismo particolarmente evidente è possibile un reintervento con revisione della tasca periprotetica ed eventuale sostituzione della protesi modificandone la forma o il volume ,oppure cambiando il piano chirurgico e inserendo l'impianto al di sotto del muscolo grande pettorale.**

### ***Asimmetria :***

**è raro trovare una donna con una mammella uguale all'altra prima dell'intervento è raro trovare una donna con una mammella uguale all'altra dopo l'intervento .**

**se il seno aveva forme leggermente diverse prima dell'intervento , potrà restare leggermente diverso anche dopo l'intervento. Nonostante l'attenzione riservata al dettaglio nel corso dell'intervento, la sacca dissezionata può risultare leggermente diversa nella forma o in altezza .**

**se il problema dovesse risultare particolarmente evidente dopo l'intervento, si renderà necessaria un'ulteriore correzione chirurgica , anche se l'aumento di volume tende a migliorare e non a peggiorare il problema.**

**Nel caso invece di importanti asimmetrie di partenza è necessario l'impiego di protesi di diverso volume , e in certi casi anche l'esecuzione di manovre chirurgiche di riduzione cutanea e/o ghiandolare su uno dei due seni , previa opportuna discussione del caso con il chirurgo.**

### ***Posizionamento sottopettorale dell'impianto:***

**qualora di comune accordo con il chirurgo ,decidiate di posizionare la protesi sotto al muscolo pettorale , si presentano una serie di inevitabili effetti collegabili a questa particolare scelta: durante la contrazione del muscolo , le protesi si appiattiscono temporaneamente o vengono spinte verso l'alto, oppure si spostano dalla loro originaria posizione .Le protesi venivano poste sotto il muscolo anche per ridurre il rischio di contrattura capsulare, ma questo non si è dimostrato del tutto vero. Il posizionamento sottomuscolare può essere scelto anche per altre ragioni specifiche, come ad esempio una cute molto sottile con una ghiandola mammaria molto piccola che potrebbero aumentare il rischio di corrugamento palpabile della protesi.**

### ***Necrosi della pelle, o del complesso areola-capezzolo:***

**Questa è una complicanza estremamente rara della mastoplastica additiva :**

**Potrebbe essere provocata da un'infezione non curata che causa la necrosi dei tessuti cutanei. Qualora si verifichi è di solito ristretta a piccole zone che guariscono spontaneamente con una cura appropriata.**

### ***Interferenza con l'allattamento al seno:***

**Molte donne con protesi mammarie hanno allattato i loro bambini senza problemi. Tuttavia qualsiasi intervento al seno potrebbe teoricamente interferire con la possibilità di allattare.**

### ***Cancro al seno :***

**Non esiste alcuna prova che colleghi la possibilità di sviluppo del cancro al seno alle protesi mammarie.**

**Gli studi clinici dimostrano che la percentuale di donne con cancro al seno è la stessa o leggermente inferiore in donne con protesi mammarie.**

### ***Interferenze con la mammografia :***

**Dovreste avvertire il tecnico radiologo che avete una protesi; in caso contrario ,a causa della compressione del seno durante la mammografia è possibile anche la rottura della protesi .La protesi riempita in Idrogel è maggiormente radiotrasparente (anche se non completamente )rispetto a quella in silicone che è completamente opaca ai raggi x. Questo fatto facilita di molto il lavoro del radiologo.**

### ***Disordine immunitario :***

**Alcune donne affermano che le protesi al silicone hanno contribuito o stimolato i disordini del tessuto connettivo come eritematosi, sclerodermia ,artriti .Altre lamentano problemi al sistema nervosa, ed al sistema immunitario. Nonostante le inchieste e le indagini di carattere scientifico, ampiamente trattate dalla stampa, abbiamo dimostrato l'inesistenza di relazione tra il silicone ed i sintomi sopra menzionati.**

## **Norme di comportamento**

Prima dell'intervento di Mastoplastica additiva

- 1) Informare il chirurgo di qualsiasi eventuale trattamento con farmaci ( soprattutto:cortisonici, contraccettivi ,antidepressivi, cardioattivi, anticoagulanti, ipoglicemizzanti, antibiotici, tranquillanti, sonniferi ,eccitanti ecc.)
- 2) Sospendere l'assunzione di medicinali contenenti acido acetilsalicilico( es. Alka Seltzer, Ascriptin ,Aspirina ,Bufferin, Carin ,Cemirit,Vivin C, ecc.) almeno 10 giorni prima dell'intervento.
- 3) Organizzare, per il periodo postoperatorio , la presenza di un accompagnatore/accompagnatrice.

### **Alla vigilia dell'intervento di Mastoplastica additiva**

- 1) Praticare un accurato bagno di pulizia completo ;rimuovere lo smalto dalle unghie delle mani e dei piedi; depilare le ascelle.
- 2) Non assumere né cibi né bevande, a partire dalla mezzanotte.

### **Il giorno dell'intervento di Mastoplastica additiva**

- 1) Mantenere rigorosamente il digiuno e indossare solo una tuta o un indumento completamente apribile sul davanti, con maniche molto comode.

### **Dopo l'intervento di Mastoplastica additiva**

- 1) Cercare di non utilizzare i muscoli pettorali e quindi non forzare sulle braccia per alzarsi dal letto.
- 2) Alla dimissione farsi riaccompagnare a casa in automobile.
- 3) Per almeno due giorni non fumare, per evitare colpi di tosse e quindi possibili sanguinamenti.
- 4) E' consentita una cauta ripresa dell'attività sessuale non prima di 7 giorni.
- 5) Per almeno 1 settimana non guidare l'automobile
- 6) Per almeno 2 settimane non compiere ampi movimenti con le braccia e non sollevare pesi.
- 7) E' possibile praticare una doccia di pulizia solo dopo la rimozione dei punti.
- 8) Eventuali attività sportive possono essere riprese dopo un mese e comunque dopo aver consultato il vostro chirurgo
- 9) Per almeno 1 mese non dormite in posizione prona ed evitare l'esposizione diretta al sole o al calore intenso ( es. sauna )
- 10) Per 24 ore successive all'intervento è necessario il riposo assoluto ed è fatto comunque divieto categorico di guidare automobili, moto, motorini o comunque fare lavori che richiedano precisione e attenzione e/o che possano costituire potenziale pericolo per sé stessi e per gli altri.

Al minimo dubbio di un andamento anormale del periodo postoperatorio o per qualsiasi altro problema inerente all'intervento, consultare senza esitazione il vostro chirurgo

CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTO CHIRURGICO CON IMPIEGO DI PROTESI MAMMARIE

Io, cognome .....nome.....nato il  
.....Autorizzo il Dott./.....e i suoi collaboratori ad eseguire su  
di me l'intervento chirurgico di  
.....  
.....  
.....in anestesia ..... in data  
.....sede.....

Ho letto la Nota Informativa che descrive dettagliatamente i rischi, le conseguenze e le complicanze di questo intervento, che ho avuto occasione di discutere ed approfondire con il Dr. .... durante gli incontro/i pre-operatori ben comprendendone scopi e limiti, e sono inoltre consapevole che :

- 1) All'intervento residueranno necessariamente delle cicatrici
- 2) E' normale che si manifestino sulle mammelle delle ecchimosi, destinate a scomparire. Nel periodo post-operatorio potranno essere avvertiti alle mammelle senso di gonfiore e moderato dolore, che si attenueranno in un periodo variabile da pochi giorni a qualche settimana
- 3) La sensibilità della pelle ed in particolare delle areole e dei capezzoli potrà rimanere alterata per un breve periodo, eccezionalmente in forma duratura.
- 4) Poiché la chirurgia non è una scienza esatta, non può essere precisamente pronosticata a priori la percentuale di miglioramento del difetto da correggere, l'entità e la durata del risultato.
- 5) La quantità delle cicatrici impiegate, ma ancor più delle risposte individuali dell'organismo.
- 6) Acconsento ad essere fotografato prima, durante e dopo l'intervento a scopo di documentazione clinica, che il chirurgo si impegna ad usare solo in contesto scientifico e con assoluta garanzia di anonimato.
- 7) L'intervento in oggetto presenta particolare difficoltà      SI       NO

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Autorizzo il Dott. .... E il Dott. ( Anestesista ) .....  
e i loro collaboratori a modificare secondo scienza e coscienza e secondo le contingenti necessità le tecniche programmate, sia nel corso dell'intervento stesso che in periodo post-operatorio.

Data .....Firma del paziente .....  
( o di chi esercita la patria potestà )  
Firma del Chirurgo .....  
Firma del testimone .....

**FIRMA PER PRESA CONOSCENZA** .....

Firma del Paziente \_\_\_\_\_

Autorizzo a titolo gratuito il Dr. Alessio Giugliano ad utilizzare le immagini relative al mio intervento, compreso il pre- ed il post-operatorio, per finalità scientifiche, didattiche ed informative quali congressi medici, pubblicazioni scientifiche relative alla chirurgia del seno.

Il sottoscritto (o chi esercita la patria potestà in caso di minore)

.....

Autorizzo a titolo gratuito l' utilizzo e la diffusione delle mie foto e della ripresa video del trattamento per fini didattici, scientifici, divulgativi e promozionali, nonché per pubblicazione sui social ( Facebook, Instagram, ecc...)

Il sottoscritto (o chi esercita la patria potestà in caso di minore)

.....

Inviato per posta elettronica e/o consegnato il.....

**FIRMA PER PRESA CONOSCENZA .....**