



CHIRURGIA
RICOSTRUTTIVA
ED ESTETICA
DELLA MAMMELLA

Attualità in ricostruzione **mammaria** autologa, protesica ed ibrida



Castello dei Principi d'Acaja
Fossano, 23-24 maggio 2024

Direttore scientifico
Alberto RIVAROSSA





Comitato scientifico

Dr Alberto RIVAROSSA, presidente
Dr.ssa Glenda CAPUTO, Dr Alessio GARETTO,
Dr Filippo RIVAROSSA, Dr Ernesto PRINCIPE



Segreteria organizzativa e informazioni

Metafore

Cuneo, Corso Dante Alighieri 5
pia.salerno@edizionimetafore.it

Info e link



chirurgiaplasticacuneo.it



facebook.com/est.etica.hub

Fossano, 23 maggio 2024

Attualità in ricostruzione mammaria autologa, protesica ed ibrida

Il Congresso biennale di Chirurgia oncoplastica della Mammella nell'edizione 2024 si propone di esaminare le tecniche più evolute per ciascuna metodica della chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica. L'affermarsi di nuove tecniche in campo chirurgico, con l'ausilio di specifici prodotti per la ricostruzione, ha consentito significativi miglioramenti in termini di limitazione dell'invasività chirurgica e di qualità del risultato estetico.

Grazie all'evoluzione chirurgica delle mastectomie, nel tempo ci si è progressivamente orientati a ricostruzioni immediate "One Stage", anche prepettorali, che hanno costituito la vera innovazione dell'ultimo decennio; nell'ultimo biennio, invece, si registra un parziale ritorno ai due tempi, ampliando le indicazioni della ricostruzione prepettorale "Muscle Sparing", che risulta in questo modo meno invasiva rispetto alla retropettorale classica e con minori rischi di complicanze rispetto alla "One Stage": questo sarà molto probabilmente un argomento di discussione e di confronto nel prossimo futuro. Altra possibilità ricostruttiva, analizzata in questo evento scientifico, grazie alla presenza di prestigiosi professionisti del settore, è quella della ben nota ricostruzione autologa, con precise indicazioni alternative rispetto alla protesica esclusiva, che si basa su due fondamentali filoni di sviluppo, quello microchirurgico e quello tradizionale dei lembi peduncolati e dell'autotrapianto adiposo, quest'ultimo perlopiù complementare alla metodica protesica.

La scelta della strategia più adatta alla paziente, in subordine al percorso di cura della malattia, implica valutazioni individuali ed interdisciplinari per una piena efficacia. In tale ottica, il confronto e la condivisione delle esperienze sono fondamentali ai fini della tracciabilità e sicurezza delle procedure.

Infine le complicanze protesiche, ormai note e conosciute nella loro multiforme rappresentazione, sono in questi ultimi anni oggetto di attente valutazioni nella comunità scientifica e propongono interrogativi tali da immaginare, un possibile cambio di direzione anche nella commercializzazione e gestione clinica di questi dispositivi.

Il Congresso "Attualità in ricostruzione mammaria autologa, protesica ed ibrida", conta, come per le precedenti edizioni, sulla presenza dei direttori delle maggiori Scuole di Specializzazione in Chirurgia Plastica, Ricostruttiva ed Estetica, dall'Università di Roma, all'Università di Bari, a quelle di Udine, Padova, Genova ed altre. Novità dell'edizione 2024 è la scelta di aprire i lavori congressuali con la sessione dedicata alle relazioni presentate dai colleghi specializzandi (under 35) provenienti, appunto, dalle elencate prestigiose sedi di specializzazione, riservando all'autore della relazione ritenuta più incisiva un riconoscimento. La valutazione di merito sarà a cura dei rappresentanti del "Capitolo PSG" con la presidente SICPRE Stefania De Fazio ed il presidente del Comitato Scientifico Alberto Rivarossa.

Il responsabile scientifico

Dr. Alberto Rivarossa

- 9.30 Accoglienza Partecipanti / Iscrizione
- 10 Apertura lavori, saluti delle autorità presenti, illustrazione del programma

- 10.30 SESSIONE I
PSG: comunicazioni libere dalle scuole di specializzazione italiana
INTERVENGONO SPECIALIZZANDI E SOCI ORDINARI SICPRE
MODERANO **S. DE FAZIO, M. FRACCALVIERI**

- 12.30 LIGHT LUNCH

- 14.15 SESSIONE II
Chirurgia ricostruttiva mammaria autologa I
MODERANO **I. BALDELLI, G. MERLINO**

- 12' Il lembo Fat Augmented Latissimus Dorsi **F. SANTANELLI**
- 12' L'esperienza di 800 ricostruzioni mammarie con il Lembo Diep: perché i vasi ascellari devono essere la prima scelta? **M. SOROTOS**
- 12' Il lembo DIEP nella Mastectomia Nipple Skin Sparing **R. CIPRIANI**
- 12' Il Linfo DIEP **G. GIUDICE**
- 12' Non solo DIEP/oltre il DIEP **A. FIGUS**
- 12' Adeguamento controlaterale nella ricostruzione microchirurgica: analisi di una serie di 200 pazienti **V. VINDIGNI**
- 12' Aumento mammario con tessuto adiposo arricchito con cellule staminali mesenchimali espanse **M. ZOCCHI**
- 16' **Tavola Rotonda**
Scelta dei vasi riceventi nella ricostruzione microchirurgica della mammella
DISCUSSIONE TRA I RELATORI

- 15.55 COFFEE BREAK

- 16.10 SESSIONE III
Chirurgia ricostruttiva protesica della mammella I
MODERANO **P. BALOCCO, M. FRACCALVIERI**

- 20' Mastectomia e criteri di scelta in DTI **C. MAGLIOCCA**
- 12' Smile mastectomy: nuova tecnica di mastectomia Skin-reducing per portare le pazienti a sorridere **R. BARAZIOL**
- 12' L'espansore prepettorale con matrice: indicazioni e criteri di scelta **G. BERNA**
- 12' Mastectomia ricostruttiva NAC sparing con accesso al solco **S. BRUSCHI**
- 12' Cinque anni di follow-up in ricostruzione DTI con ADM porcino **M. CARMINATI**
- 12' Ricostruzione prepettorale: approccio ideale alla mastectomia bilaterale Risk reducing **G. GIUDICE**
- 12' Chirurgia protesica ricostruttiva secondaria **P. BERRINO**
- 12' Revisione critica nella nostra casistica nell'utilizzo di Matrice biologica totale in chirurgia secondaria **V. VINDIGNI**
- 16' **Discussione tra i relatori**
- 18.10 Conclusione prima giornata



8.45 SESSIONE IV

Chirurgia ricostruttiva protesica della mammella II
MODERANO G. GIUDICE, P.C. PARODI

-  12' Nostra esperienza con le matrici dermiche acellulari **M. BOLTRI**
-  12' Ricostruzione prepettorale con protesi in P.U. Nostra esperienza **M. PASQUALINI**
-  12' La versatilità dell'ADM: dalla ricostruzione dopo mastectomia skin-reducing con incisione J-Pattern alla chirurgia di revisione **G. CAPUTO**
-  12' Ricostruzione prepettorale con protesi in P.U. Nostra esperienza **M. BORSETTI, A. PARISI**
-  12' Matrici omologhe di derivazione umana **P.M. FERRANDO**
-  12' L'espansione prepettorale con matrice: indicazioni e criteri di scelta **F. RIVAROSSA**
-  12' Nostra esperienza di ricostruzione prepettorale con matrici: nostre considerazioni **G. PERNICIARO**
-  12' Ricostruzione prepettorale in pazienti BRCA+: follow up a distanza **M. G. ONESTI**

 20' **Tavola Rotonda**
DISCUSSIONE TRA I RELATORI

10.40 COFFEE BREAK

11 SESSIONE V

Chirurgia ricostruttiva autologa II ed ibrida

MODERANO G. PERNICIARO, G. VERNA

-  12' Lembo AICAP in ricostruzione prepettorale **M. GRECO**
-  12' Decision Making condivisa in ricostruzione mammaria: la scelta autologa? **S. GERMANO, M. BORSETTI**
-  12' Utilizzo del Lembo DIEP nella ricostruzione mammaria secondaria **A. RUSSO**
-  12' Ricostruzione esclusiva con autotrapianto adiposo **G. DATTA**
-  12' La versatilità del lembo Latissimus Dorsi ELD/FALD **R. CARNINO**
-  12' Ricostruzione mammaria ibrida one-stage **B. LONGO**
-  12' Lembo di Gran Dorsale con protesi e senza protesi: indicazioni, tecnica e risultati a confronto **A. RIVOLIN**
-  12' Lipofilling nella ricostruzione mammaria con impianto prepettorale **R. BONOMI**
-  12' Scaffold bioingegnerizzati nella ricostruzione mammaria prepettorale **F. CELLA, C. DI SANTO**

 12' **Tavola Rotonda**
Alternative microchirurgiche al DIEP: quando e perché

13.00 LIGHT LUNCH

14.30 SESSIONE VI

Chirurgia ricostruttiva protesica: complicanze e trattamento

MODERANO P.L. SANTI, M. GHIGLIONE

-  12' Patologie indotte da Protesi mammarie **C. MAGLIOCCA**
-  12' Impiego dell'espansore nel salvataggio di ricostruzioni complicate **P.C. PARODI**
-  12' Nuovo protocollo di trattamento delle infezioni protesiche **G. CAPUTO**
-  12' Le infezioni protesiche: nuove strategie per la loro gestione **M. NAVISSANO**
-  12' Utilizzo di Native nel trattamento della contrattura capsulare in esiti di radioterapia: evidenze preliminari **A. LISA**
-  12' La capsula peripotesica, come e quando utilizzarla a nostro vantaggio **I. BALDELLI**
-  12' Prevenzione delle complicanze in ricostruzione mammaria protesica: dalle linee guida alla pratica clinica **S. BOTTOSSO**
-  12' Consensus Conference sull'utilizzo NPWT in chirurgia Mammaria **A. RIVAROSSA**
-  12' Il registro regionale delle protesi mammarie **A. RIVAROSSA**

 12' **Tavola Rotonda**
Patologia pseudocapsulare: capsulectomia totale verso lembi capsulari?
DISCUSSIONE TRA I RELATORI

16.30 COFFEE BREAK

16.50 Compilazione test ECM
e chiusura lavori congressuali

17.15 Seduta di aggiornamento
soci S.I.C.P.R.E del Piemonte

BALDELLI Prof.ssa Ilaria

Professore Associato Dip. di Scienze Chirurgiche e Diagnostiche integrate - DISC, UniGE

BALOCCO Dr Paolo

Direttore S.C. di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva A.O. "Ordine Mauriziano" - Torino

BARAZIOL Dr Roberto

Direttore S.C. Chirurgia Plastica e Ricostruttiva ASST "Spedali Civili" di Brescia

BERNA Dr Giorgio

Direttore S.C. Chirurgia Plastica - Ospedale Regionale di Treviso AULSS2

BERRINO Dr Pietro

Libero professionista - Genova

BOLTRI Dr Mario

Dirigente Medico S.C. di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva A.O. "Ordine Mauriziano" - Torino

BONOMI Dr Riccardo

Dirigente Medico S.S.D. Senologia A.O. "S. Croce e Carle" Cuneo

BORSETTI Dr Marco

Dirigente Medico Chirurgia Plastica e Chirurgia della Mano Ospedale "Maria Vittoria" - Torino

BOTTOSSO Dr Stefano

Direttore UCO Chirurgia Plastica e Ricostruttiva - A.S.U.GI - Trieste

BRUSCHI Prof. Stefano

Già Professore Ordinario di Chirurgia Plastica, UniTO

CAPUTO Dr.ssa Glenda

Dirigente Medico Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, AOUI - Verona

CARMINATI Dr Marcello

Direttore U.O.C. Chirurgia Plastica ASST "Papa Giovanni XXIII" - Bergamo

CARNINO Dr Riccardo

Responsabile Chirurgia Plastica Ricostruttiva - IRCCS - Candiolo

CELLA Dr Fausto

Responsabile S.S. Chirurgia Plastica Ospedale "Michele e Pietro Ferrero" - Verduno

CIPRIANI Dr Riccardo

Direttore SC - U.O. Chirurgia Plastica del Policlinico "San' Orsola - Malpighi" Bologna

DATTA Dr Giacomo

Specialista in Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica Libero Professionista - Torino

DE FAZIO Dr.ssa Stefania

Presidente Società Italiana di Chirurgia Plastica, Ricostruttiva ed Estetica S.I.C.P.R.E

DI SANTO Dr.ssa Claudia

Dirigente medico S.S. Chirurgia Plastica Ospedale "Michele e Pietro Ferrero" Verduno

FERRANDO Dr Pietro Maria

Dirigente Medico S.C. Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, A.O. "Città della Salute e della Scienza" Presidio C.T.O. - Torino

FIGUS Prof. Andrea

Professore Ordinario di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva - UniCA

FRACCALVIERI Marco

Professore Associato Chirurgia Plastica UniTO - Direttore F.F. A.O.U. "Città della Salute e della Scienza" - Torino

GERMANO Dr.ssa Silvia

Dirigente Medico Chirurgia Plastica e Chirurgia della Mano dell'Ospedale Maria Vittoria di Torino

GHIGLIONE Dr Marco

Direttore F.F. S.C. Chirurgia Plastica e Ricostruttiva A.O.U. di Alessandria

GIUDICE Prof. Giuseppe

Professore Ordinario di Chirurgia Plastica, Ricostruttiva ed Estetica - Scuola di Specializzazione di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica UniBA "Aldo Moro"

GRECO Prof. Manfredi

Professore Ordinario di Chirurgia Plastica UniRM "La Sapienza"

LISA Dr Andrea

Dirigente Medico U.O. Chirurgia Plastica Istituto Europeo di Oncologia

LONGO Prof. Benedetto

Professore Associato Chirurgia Plastica UniRM "Tor Vergata"

MAGLIOCCA Dr Carlo

Libero professionista - Roma
Membro del Board della Società Europea di Chirurgia Estetica (EASAPS)

MERLINO Dr Giorgio

Direttore Chirurgia Plastica e Chirurgia della Mano Ospedale "Maria Vittoria" - Torino

NAVISSANO Dr Massimo

Dirigente Medico S.C. di Chirurgia Plastica, A.O.U. "Città della Salute e della Scienza", P.O. CTO - Torino

ONESTI Prof.ssa Maria Giuseppina

Professore Associato Chirurgia Plastica A.O.U. "La Sapienza" - Policlinico Umberto I - Roma

PARISI Dr Andrea

Dirigente Medico Chirurgia Plastica e Chirurgia della Mano Ospedale "Maria Vittoria" - Torino

PARODI Prof. Piercamillo

Direttore Clinica di Chirurgia Plastica, P.O. "Santa Maria della Misericordia", A.S.U. Integrata di Udine

PASQUALINI Dr.ssa Monica

Responsabile Chirurgia Plastica - Ospedale "P. Pederzoli" Riviera del Garda - Verona

PERNICIARO Dr Giuseppe

Direttore SC Grandi ustionati e Chirurgia Plastica ASL3 - Ospedale "Villa Scassi" Genova Sampierdarena

RIVAROSSA Dr Alberto

Direttore S.C. Chirurgia Plastica e Ricostruttiva A.O. "S. Croce e Carle" - Cuneo

RIVAROSSA Dr Filippo

Dirigente Medico S.C. Chirurgia Plastica e Ricostruttiva A.O. "S. Croce e Carle" - Cuneo

RIVOLIN Dr Alessandro

Libero professionista - Torino

RUSSO Dr Antonio

Dirigente Medico U.O.C. Chirurgia Plastica e Ricostruttiva "Ospedale Maggiore della Carità" - Novara

SANTANELLI Prof. Fabio

Professore Ordinario e Direttore della Cattedra di Chirurgia Plastica UniRM "La Sapienza"

SANTI Prof. Pierluigi

Professore Emerito Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica UniGe

SOROTOS Prof. Michail

Professore Associato U.O. di Chirurgia Plastica A.O.U. "La Sapienza" - Policlinico Umberto I - Roma

VERNA Dr Giovanni

Direttore S.C. Chirurgia Plastica e Ricostruttiva "Ospedale Maggiore della Carità" - Novara

VINDIGNI Prof. Vincenzo

Professore Ordinario di Chirurgia Plastica Clinica Dipartimento di Neuroscienze - UniPD

ZOCCHI Prof. Michele

Professore a contratto presso la Facoltà di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva UniGE



Sessione I

PSG: COMUNICAZIONI LIBERE DALLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE ITALIANE.

INTERVENGONO SPECIALIZZANDI E SOCI ORDINARI SICPRE

Moderano: Stefania De Fazio, Marco Fraccalvieri

Sessione II

CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA MAMMARIA AUTOLOGA

Moderano: Ilaria Baldelli, Giorgio Merlino

Prof. Fabio SANTANELLI

Professore Ordinario e Direttore della Cattedra di Chirurgia Plastica UniRM "La Sapienza"

Responsabile Breast Unit – A.O.U. "Città della Salute e della Scienza" di Torino

IL LEMBO FAT AUGMENTED LATISSIMUS DORSI

Prof. Michail SOROTOS

Professore Associato U.O. di Chirurgia Plastica A.O.U. UniRM "La Sapienza" - Policlinico Umberto I - Roma

L'ESPERIENZA DI 800 RICOSTRUZIONI MAMMARIE CON IL LEMBO DIEP: PERCHÉ I VASI ASCELLARI DEVONO ESSERE LA PRIMA SCELTA?

Dr Riccardo CIPRIANI

Direttore SC U.O. Chirurgia Plastica del Policlinico "S. Orsola - Malpighi" Bologna.

IL LEMBO DIEP NELLA MASTECTOMIA NIPPLE SKIN SPARING

L'evoluzione nelle tecniche di mastectomia ha portato ad interventi sempre più conservativi, senza inficiare la sicurezza oncologica. La mastectomia con risparmio della cute e del complesso areola-capezzolo (NSS) è stata descritta nel 1967 da Freeman per neoformazioni benigne, e da Hartmann nel 1999 per patologie oncologiche. Si tratta di una tecnica oncologicamente sicura, che viene sempre più spesso associata a ricostruzioni immediate con protesi. Inizialmente veniva posta l'indicazione solo per mammelle piccole e con ptosi I-II, a cui è seguito un graduale ampliamento delle indicazioni.

Vi è stata di conseguenza anche un incremento di complicanze quali necrosi cutanee e infezioni, ma anche risultati estetici non soddisfacenti per dislocamento delle protesi o per la posizione ectopica del complesso areola-capezzolo.

Il lembo DIEP è la prima scelta nelle ricostruzioni immediate in pazienti idonee per soma e morfologia, e nelle ricostruzioni secondarie in caso di contrattura recidivante, dolore cronico e risultati morfologicamente non soddisfacenti.

Presso il nostro centro abbiamo ideato un nuovo pattern di insettig e modellamento del lembo DIEP in casi di ricostruzioni dopo mastectomie NSS, di cui verrà presentata la realizzazione e l'applicazione nei casi clinici.

Prof. Giuseppe GIUDICE

Professore Ordinario di Chirurgia Plastica, Ricostruttiva ed Estetica Scuola di Specializzazione di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica - UniBA "Aldo Moro"

LINFO-DIEP

L'insorgenza di linfedema post-mastectomia rappresenta una delle complicanze più temute e invalidanti nel percorso di cura delle pazienti sottoposte a trattamento chirurgico per il cancro al seno. Questa condizione, caratterizzata dall'accumulo di liquidi linfatici nel tessuto interstiziale, si manifesta, in genere, dopo l'asportazione dei linfonodi ascellari, compromettendo significativamente la qualità della vita delle donne colpite.

Il trapianto di linfonodi rappresenta una delle opzioni terapeutiche riservate a queste pazienti. L'obiettivo dell'intervento è riportare i linfonodi nell'arto che ne è stato privato dopo la chirurgia oncologica per migliorare il drenaggio linfatico.

Questo intervento può essere effettuato contestualmente alla ricostruzione microchirurgica della mammella con lembo addominale (lembo DIEP), poiché si può prelevare contemporaneamente sia il tessuto cutaneo-adiposo addominale per la ricostruzione del volume mammario, che il tessuto linfonodale dalla regione inguinale sottostante, che può essere trasferito all'ascella ove hanno asportato i linfonodi, nella stessa seduta operatoria in cui si effettua il trasferimento microchirurgico dell'addome (cosiddetto linfoDIEP).

Il lavoro si propone di presentare le indicazioni terapeutiche per il linfo-DIEP, la tecnica chirurgica e gli outcome della procedura in una case-serie monocentrica.

Prof. Andrea FIGUS

Professore Ordinario di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva - UniCA

NON SOLO DIEP/OLTRE IL DIEP

Prof. Vincenzo VINDIGNI

Ordinario di Chirurgia Plastica Clinica di Chirurgia Plastica Dipartimento di Neuroscienze Azienda Ospedale - UniPD

ADEGUAMENTO CONTROLATERALE NELLA RICOSTRUZIONE MICROCHIRURGICA: ANALISI DI UNA SERIE DI 200 PAZIENTI

TAVOLA ROTONDA

SCELTA DEI VASI RICEVENTI NELLA RICOSTRUZIONE MICROCHIRURGICA DELLA MAMMELLA

Sessione III

CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA PROTESICA DELLA MAMMELLA I

Moderano: Paolo Balocco, Marco Fraccalvieri

Dr Carlo MAGLIOCCA

Libero professionista - Roma, Membro del Board della Società Europea di Chirurgia Estetica (EASAPS)

MASTECTOMIA E CRITERI DI SCELTA IN DTI

Dr Roberto BARAZIOL

Direttore SC Chirurgia Plastica e Ricostruttiva - ASST "Spedali Civili" di Brescia

SMILE MASTECTOMY, A NEW SKIN-REDUCING TECHNIQUE FOR PATIENTS TO SMILE, AGAIN

Objectives - Skin-reducing mastectomy (SRM) is the best choice for patients with large and markedly ptotic breasts undergoing single-stage breast reconstruction with prosthesis. Wise-pattern skin-reducing mastectomy is the most common technique but one of the hallmarks of the resulting inverted-T scar is the high incidence of wound healing problems. The objective of this work is to present an alternative DTI approach to smile mastopexy with symmetrical SRM, and acellular dermal matrix (ADM)-assisted prepectoral breast reconstruction in case of patients with large and ptotic breasts, capable of reducing recovery time and improving the overall therapeutic experience.

Material and Methods - A prospective study of patients undergoing immediate, one-stage breast reconstruction with our technique of skin-reducing mastectomy, and prepectoral implant with a complete porcine ADM coating from January 2019, through October 2022 was undertaken. Patients were enrolled if ptosis grade was above 3 (Regnault classification) and breasts had dimensions greater than D or E cups (European standard). Written informed consent document was signed by each patient.

Results - We performed 20 procedures in 17 patients (3 bilateral and 14 unilateral). Seven patients had one-stage nipple reconstruction with nipple-areola skin grafts (one bilaterally). The average hospital stay was 7,5 days.

Six patients developed minor complications which were successfully treated with wound care or a simple procedure in outpatient settings, not resulting in reconstructive failure. Only one patient developed a major complication: an infection requiring implant replacement.

Conclusions - Even if the horizontal scar initially lays in a more visible place than the horizontal scar in Wise-pattern procedures, this is our DTI procedure of choice for patients with large/ptotic breasts that have to undergo SRM. We think this is a favourable compromise for a fast recovery and a reduced complications risk.

Dr Giorgio BERNA, Direttore

S.C. Chirurgia Plastica - Ospedale Regionale di Treviso AULSS2

L'ESPANSORE PREPETTORALE CON MATRICE: INDICAZIONI E CRITERI DI SCELTA

Prof. Stefano BRUSCHI
già Professore Ordinario di Chirurgia Plastica, UniTO

MASTECTOMIA RICOSTRUTTIVA NAC SPARING CON ACCESSO AL SOLCO

Dr Marcello CARMINATI
Direttore U.O.C Chirurgia Plastica - ASST "Papa Giovanni XXIII" - Bergamo

5 ANNI DI FOLLOW-UP IN RICOSTRUZIONE DTI CON ADM PORCINA

La ricostruzione mammaria declinata nella sua forma direct-to-implant ha beneficiato grandemente dell'introduzione delle ADM porcine, che hanno permesso di superare alcune problematiche della ricostruzione prepettorale, legate alla necessità di mimare una ptosi più naturale e ridurre i difetti cutanei come il wrinkling o al rippling legati alla sottigliezza del lembo di mastectomia. Viceversa ha aperto nuovi orizzonti alla ricostruzione sottomuscolare, permettendo l'introduzione della tasca sottomuscolare composita, con tutti i vantaggi che ne sono derivati (risparmio del muscolo serrato, riduzione della morbidità post-operatoria ecc). Come ultima novità, nel nostro centro abbiamo valutato come questa possa inoltre essere utilizzata sempre nella ricostruzione pre-pettorale, ma stavolta con l'utilizzo dell'espansore, quindi nella ricostruzione in due tempi.

La presente recensione analizza l'esperienza quinquennale del Centro Papa Giovanni XXIII di Bergamo, esaminando i vantaggi e gli svantaggi dell'utilizzo delle ADM porcine. L'integrazione di questo biomateriale ha indubbiamente trasformato il panorama delle tecniche di ricostruzione mammaria, incidendo notevolmente sulle metodologie operative e sugli esiti clinici. Le riflessioni qui proposte derivano dalla revisione di casi clinici trattati, da osservazioni dirette e dalla letteratura scientifica pertinente, offrendo così un quadro esaustivo degli impatti e delle potenzialità di questa innovativa risorsa nella chirurgia ricostruttiva mammaria.

Prof. Giuseppe GIUDICE
Professore Ordinario di Chirurgia Plastica, Ricostruttiva ed Estetica Scuola di Specializzazione
di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica UniBA "Aldo Moro"

RICOSTRUZIONE PREPETTORALE: APPROCCIO IDEALE ALLA MASTECTOMIA BILATERALE RISK REDUCING

La mastectomia profilattica o risk-reducing è una procedura che ha acquisito progressiva popolarità grazie al suo obiettivo di ridurre al minimo le probabilità di sviluppare il cancro al seno nelle pazienti ad alto rischio. La peculiarità dell'intervento consiste nella necessità di combinare desideri estetici, morfologici e di prevenzione in un subset di pazienti estremamente "esigenti".

Lo studio si propone di presentare l'esperienza degli autori con la ricostruzione prepettorale in un unico tempo con impianto completamente ricoperto da matrice dermica acellulare (ADM) a seguito di mastectomia profilattica, riportando indicazioni, tecnica chirurgica, risultati funzionali ed estetici.

Dal mese di gennaio 2017 al mese di gennaio 2021 è stata condotta una raccolta dati prospettica monocentrica, includendo pazienti ad alto rischio di sviluppare un tumore al seno e sottoposte a ricostruzione prepettorale immediata con ADM. Le pazienti sono state suddivise in due gruppi in base alla dimensione del seno: Gruppo A con seni di piccole e medie dimensioni e Gruppo B con seni grandi e ptotici. Sono stati raccolti gli esiti oncologici e chirurgici. La soddisfazione per la ricostruzione e la relativa qualità di vita sono state valutate con il questionario BREAST-Q.

Un totale di ventitré pazienti ha soddisfatto i criteri di inclusione. Diciassette pazienti sono state incluse nel gruppo A e sei nel gruppo B. Il follow-up medio è stato di 18,4 mesi. Complicanze minori si sono verificate in quattro casi: un sieroma, un ematoma e due casi di deiscenza della ferita. Non è stata osservata alcuna contrattura capsulare. Tutte le pazienti sono state soddisfatte del risultato finale secondo il questionario BREAST-Q post-operatorio.

In conclusione, la ricostruzione mammaria prepettorale immediata potrebbe rappresentare l'opzione di ricostruzione ideale dopo mastectomia risk reducing.

Prof. Pietro BERRINO
Libero professionista - Genova

CHIRURGIA PROTESICA RICOSTRUTTIVA SECONDARIA

Prof. Vincenzo VINDIGNI
Ordinario di Chirurgia Plastica Clinica di Chirurgia Plastica Dipartimento di Neuroscienze Azienda Ospedale - UniPD

REVISIONE CRITICA NELLA NOSTRA CASISTICA NELL'UTILIZZO DI MATRICE BIOLOGICA TOTALE IN CHIRURGIA SECONDARIA

Introduction - Capsular contracture (CC) is one of the most common complications in breast reconstruction surgery, impairing final result and patients' well-being. The role of acellular dermal matrixes (ADM) has been widely described for the treatment and prevention of contracture. The aim of the study was to evaluate the efficacy and safety of complete implant coverage with porcine-derived ADM in preventing CC limiting complications. In addition, patients' reported outcomes were evaluated in order to define the role of ADM in improving sexual, physical and psychosocial well-being and satisfaction.

Materials and Methods - 54 patients who underwent surgical treatment of 58 contracted reconstructed breasts from May 2018 to May 2023 were collected in the two groups (ADM group vs. Control group).

Results - The ADM group showed lower rate of CC recurrence and a higher rate of implant losses and minor complications. A significant difference was observed in red breast syndrome (27.3% in the ADM group vs. absent in control the group) and skin ulceration rates (18.2% in the ADM group vs. 4.18% in the control group). As for patients' perceived outcomes, the ADM group showed a statistically significant higher postoperative Satisfaction of Breast Scale score compared to the control group. In addition, a significant difference was observed in the improvement of Physical Well-Being of the Chest Scale and the Satisfaction of Breast Scale after surgery, in favor to the ADM group.

Conclusions - Complete implant coverage with ADM may reduce the risk of CC recurrence in breast reconstruction. An accurate patient selection allows minimizing complications improving patient well-being and satisfaction.

DISCUSSIONE TRA I RELATORI

Dr Mario BOLTRI

Dirigente Medico S.C. di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva - A.O. "Ordine Mauriziano" - Torino

ESPERIENZA CON LE MATRICI DERMICHE ACELLULARI: RICOSTRUZIONE DTI PREPETTORALE

Background - La ricostruzione mammaria protesica immediata post-mastectomia mediante l'ausilio di matrici dermiche acellulari (ADM) è diventata una modalità ricostruttiva negli anni sempre più popolare e di utilizzo più frequente da parte del Chirurgo plastico grazie a numerosi fattori favorevoli tra i quali una maggior preservazione ed integrità tessutale post mastectomia, minor dolore postoperatorio con migliore ripresa delle attività lavorative e relazionali delle pazienti, assenza di animazione protesica, riduzione della contrattura capsulare, riduzione dei tempi operatori e di degenza ospedaliera.

Materiali e metodi - Presso la nostra S.C. di Chirurgia Plastica Ricostruttiva dal gennaio 2020 ad aprile 2023, 31 pazienti sono state sottoposte a mastectomia bilaterale profilattica o a mastectomia per patologia oncologica conclamata. La mastectomia è stata effettuata con accesso preferibilmente laterale al complesso areola capezzolo specialmente in caso di mammelle di maggior volume ed è stata preceduta da infiltrazione liquida superficiale per favorire la dissezione a lama fredda o con bisturi a radiofrequenza. Le protesi sono state inserite in sede di intervento unitamente a matrice dermica acellulare (ADM) di derivazione porcina o bovina e prima del loro inserimento sono stati posizionati drenaggi. Al termine dell'intervento è stata effettuata una medicazione modelante compressiva e l'inizio dell'intervento è stato preceduto da somministrazione di antibiotico. La valutazione dei risultati è stata effettuata mediante questionario Breast-Q ed il follow up è stato almeno di un anno.

Risultati - Le pazienti hanno espresso parere favorevole dal pdv estetico per il tipo di ricostruzione effettuata e per la possibilità di aver ripreso celermente l'attività lavorativa, relazionale-sociale gravata da algie modeste o assenti a livello di intervento. Le complicanze relative agli interventi effettuati verranno discusse durante l'esposizione della relazione.

Conclusione - La diagnosi oncologica mammaria sempre più precoce grazie a mezzi diagnostici più evoluti e sofisticati e campagne di screening oncologiche sempre più pubblicizzate ha permesso di effettuare interventi oncologici demolitivi su forme tumorali meno estese con preservazione dei tessuti tali da permettere al Chirurgo plastico, in casi selezionati, una ricostruzione immediata con protesi (DTI) in sede prepettorale associata all'uso di matrici dermiche acellulari (ADM). I principali vantaggi di questa metodica sono rappresentati da un minor dolore postoperatorio, una migliore ripresa delle attività lavorative e relazionali, l'assenza di animazione protesica, la riduzione della contrattura capsulare, la riduzione dei tempi operatori e di degenza ospedaliera

S.C. Chirurgia Plastica Ricostruttiva A.O. Mauriziano Umberto I, Torino

Dr.ssa Monica PASQUALINI

Responsabile Chirurgia Plastica - Ospedale "P. Pederzoli" Riviera del Garda - Verona

RICOSTRUZIONE PREPETTORALE CON PROTESI IN P.U. NOSTRA ESPERIENZA

Dr.ssa Glenda CAPUTO

Dirigente Medico Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, AOUI - Verona

LA VERSATILITÀ DELL'ADM: DALLA RICOSTRUZIONE DOPO MASTECTOMIA SKIN-REDUCING CON INCISIONE J-PATTERN ALLA CHIRURGIA DI REVISIONE

L'ADM rappresenta un valido strumento a disposizione del chirurgo plastico estremamente versatile nell'ambito della ricostruzione mammaria: utilizzata nella DTI e anche nei casi di revisione.

La skin-reducing mastectomy, descritta diversi anni fa, per la ricostruzione DTI è considerata una procedura oncologicamente sicura ed è indicata in quelle donne con seno voluminoso e ptotico. L'introduzione del J-pattern per la riduzione della pelle

ed il contestuale posizionamento di impianto prepettorale rivestito da matrice dermica acellulare, riduce drasticamente le complicanze che si verificano per il ritardo di guarigione cutanea, determinando inoltre un minore impatto estetico delle cicatrici, che non coinvolgono i quadranti mediali del seno.

Nei casi secondari l'utilizzo dell'ADM è particolarmente indicato nei casi di revisione per contrattura capsule e fenomeno dell'animazione: in questi casi dopo la capsulectomia/tomia, la presenza di ADM a completo rivestimento della protesi assicura una "guida" per la formazione di una capsula meno tenace. Rimane ancora discusso il suo utilizzo nei casi di pregressa RT, dove la ricostruzione autologa la fa da padrona.

S.G.G. Caputo Ammendola, A. Scarabosio, P.C. Parodi

Dr Andrea PARISI

Dirigente Medico Chirurgia Plastica e Chirurgia della Mano - Ospedale "Maria Vittoria" - Torino

RICOSTRUZIONE PREPETTORALE CON PROTESI IN P.U. NOSTRA ESPERIENZA

La ricostruzione prepettorale con protesi in poliuretano è oramai tecnica consolidata a disposizione del chirurgo plastico nella ricostruzione mammaria. La letteratura, ad oggi, riporta buoni risultati se la tecnica è applicata su pazienti correttamente selezionati. Verranno pertanto analizzati tutti gli aspetti riguardanti questa procedura concernenti le indicazioni, la tecnica e le complicanze mettendone in evidenza le peculiarità e gli svantaggi anche alla luce della nostra esperienza presso l'Ospedale Maria Vittoria di Torino.

A. Parisi, M. Borsetti

Dr Pietro Maria FERRANDO

Dirigente Medico S.C. Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, A.O. "Città della Salute e della Scienza" Presidio C.T.O. - Torino

MATRICI OMOLOGHE DI DERIVAZIONE UMANA

L'impossibilità di reperire matrici dermiche acellulari di derivazione umana in Italia, utilizzate negli Stati Uniti D'America dal 2005 nella tecnica di ricostruzione mammaria protesica "dual-plane", ci ha spinto ad elaborare un Protocollo di Studio per lo sviluppo, validazione e sperimentazione clinica di una nuova matrice dermica acellulare da donatore, prodotta in collaborazione con la Banca della Cute della Città della Salute e della Scienza di Torino, da utilizzare nella ricostruzione mammaria.

La fase uno dello studio è consistita nello sviluppo di una nuova matrice dermica acellulare umana utilizzando un metodo di de-cellularizzazione innovativo (DMEM), poco lesivo nei confronti della matrice extra-cellulare ed economico, per mezzo di una sperimentazione esplorativa in-vitro.

La fase due dello studio è consistita nell'impianto della nuova matrice dermica acellulare umana su modello animale (Gottingen Minipig) al fine di descriverne le caratteristiche istologiche, immunoistochimiche e verificarne la sicurezza e la biocompatibilità, per mezzo di una sperimentazione pre-clinica in-vivo.

Infine la fase tre dello studio è consistita nell'utilizzo della nuova matrice dermica acellulare sull'umano, con l'obiettivo di dimostrare la non inferiorità della nuova matrice rispetto a quelle già utilizzate nella pratica clinica rispetto alle complicanze delle pazienti, alla tempistica ricostruttiva complessiva ed al risultato estetico finale, per mezzo di una sperimentazione clinica in-vivo pilota, prospettica, randomizzata, in aperto ed indipendente, approvato dal Comitato Etico della A.O. Città della Salute e della Scienza di Torino il 31 gennaio 2012 con numero di protocollo 0006730.

Le fasi uno e due hanno rispettivamente sviluppato la nuova matrice dermica acellulare umana e verificato che fosse sicura e biocompatibile su tessuto animale. La fase tre del Protocollo di Studio conclusasi, nel marzo del 2022, ha dimostrato che su 126 mastectomie, suddivise rispettivamente in NAC-sparing mastectomy con ricostruzione "dual-plane" con matrice dermica umana (gruppo S1) e con matrice dermica animale (gruppo S2) e in skin-sparing mastectomy con ricostruzione "dual-plane" con matrice dermica umana (gruppo S3) e senza matrice dermica ma con tasca sotto muscolare completa (gruppo S4), non sono emerse differenze statisticamente significative tra i 4 gruppi al baseline; non sono emerse differenze statisticamente significative per re-interventi, né per recidive loco-regionali né per complicanze; la matrice dermica di derivazione umana non è un fattore di rischio per il re-intervento a differenza di una precedente chirurgia entro i 30 giorni, la chemioterapia neo-adiuvante ed il fumo; il tempo di completamento del riempimento dell'espansore è risultato più rapido nel gruppo S3 rispetto al S4.

In conclusione, la matrice dermica acellulare umana da noi sviluppata è risultata non inferiore rispetto a quella di origine animale o all'allestimento della tasca sotto muscolare completa nella ricostruzione mammaria protesica retro-pettorale, ha permesso un tempo di riempimento dell'espansore più veloce ed è più economica di qualsiasi altra matrice dermica acellulare in commercio.

Dr Filippo RIVAROSSA

Dirigente Medico S.C. Chirurgia Plastica e Ricostruttiva - A.O. "S. Croce e Carle" - Cuneo

L'ESPANSIONE PREPETTORALE CON MATRICE: INDICAZIONI E CRITERI DI SCELTA

La ricostruzione prepettorale negli ultimi anni si è imposta tra le tecniche di ricostruzione alloplastica, permettendo di effettuare una ricostruzione mammaria post mastectomia one stage, muscle sparing, con minima invasività per la paziente, breve recupero postoperatorio e con ottimi esiti sia dal punto di vista estetico che funzionale.

Considerato che la tecnica di ricostruzione prepettorale, con o senza matrici dermiche, è ormai radicata come gold standard nella ricostruzione one stage, si è tentato di trasferire i vantaggi di minor invasività anche nelle ricostruzioni two stage, con il classico utilizzo di espansore tissutale posizionato in un piano prepettorale e avvolto da una matrice dermica acellulare per migliorare l'interfaccia dispositivo-ospite. Abbiamo pertanto incominciato a sottoporre a ricostruzione prepettorale con espansore tutte quelle pazienti che non risultavano idonee ad una ricostruzione one stage, vuoi per fattori di rischio individuali (fumo), vuoi per caratteristiche chirurgiche (necessità di mastectomia con ampia riduzione cutanea), o per caratteristiche oncologiche della lesione (necessità di RT postoperatoria). Si è potuto apprezzare un'elevata prevalenza di complicanze minori, come il sieroma (sempre trattato conservativamente con l'aspirazione in corrispondenza della valvola), ma l'assenza di complicanze maggiori quali infezioni, ematomi richiedenti reintervento o estrusioni protesiche. Dopo il secondo tempo di sostituzione dell'espansore con la protesi definitiva, il risultato estetico presentava una buona naturalezza, anche a livello dei quadranti superiori, superiore a quella apprezzabile nella PPBR one stage. Inoltre, si è proceduto ad inviare un campione biotico di capsula ad esame istologico che, similmente a quanto dimostrato nella ricostruzione PP one stage, ha riscontrato una miglior qualità della capsula sia a livello dell'interfaccia con il dispositivo alloplastico che a livello della componente muscolare della fibrocapsula che risulta meno rappresentata. A questo punto sono ancora necessari sforzi congiunti per poter monitorare gli outcome a distanza e identificare le corrette indicazioni alla tecnica chirurgica.

Dr Giuseppe PERNICIARO

Direttore SC Grandi ustionati e Chirurgia Plastica ASL3 - Ospedale "Villa Scassi" Genova Sampierdarena

NOSTRA ESPERIENZA DI RICOSTRUZIONE PREPETTORALE CON MATRICI: NOSTRE CONSIDERAZIONI

Prof.ssa Maria Giuseppina ONESTI

Prof. Ass. Chirurgia Plastica A.O.U. "La Sapienza" - Policlinico Umberto I - Roma

RICOSTRUZIONE PREPETTORALE IN PAZIENTI BRCA+: FOLLOW UP A DISTANZA

La mastectomia profilattica è un intervento volto alla riduzione del rischio oncologico, per pazienti senza neoplasia in atto, che prevede l'asportazione delle ghiandole mammarie riducendo il rischio di sviluppare neoplasie mammarie del 90-95%.

Le indicazioni ad eseguire questo intervento sono oltre alla presenza di mutazioni genetiche dei geni BRCA 1 E BRCA 2 oppure di altre mutazioni, una forte familiarità per tumore del seno, pazienti con tumori maligni della mammella con alto rischio di sviluppare un tumore nella mammella controlaterale, pazienti con desiderio di ridurre il rischio oncologico (cancerofobia). La problematica che nasce in queste pazienti è dovuta alla mancanza di patologia neoplastica e quindi nella aspettativa di un risultato estetico ottimale, dimenticando le possibili complicanze o risultati inaspettati.

Nel nostro lavoro si va a descrivere la casistica delle mastectomie profilattiche eseguite tra il 2015 e il 2023 sottoposte a ricostruzione prepettorale presso la UOC di Chirurgia Plastica del Policlinico Umberto I Sapienza Università di Roma. Verranno analizzati i tipi di ricostruzione effettuati prendendo in considerazione soprattutto le pazienti che abbiano un follow-up adeguato ed una ricostruzione eseguita con l'uso di membrane biologiche preformate di origine porcina. Verranno delineate le tecniche chirurgiche impiegate per ottenere sia la sicurezza oncologica che una ricostruzione mammaria dall'aspetto naturale e simmetrico e le accortezze seguite nel pre e post-operatorio per ridurre al minimo i rischi di complicanze. Inoltre, presenteremo un'analisi completa dei risultati ottenuti, in termini di complicanze, risultati estetici e livello di soddisfazione delle pazienti.

Sessione V

CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA AUTOLOGA II ED IBRIDA

Moderano: Giuseppe Perniciaro, Giovanni Verna

Prof. Manfredi GRECO

Ordinario di Chirurgia Plastica UniRM "La Sapienza"

NUOVE APPLICAZIONI DEL LEMBO AICAP: RICOSTRUZIONE MAMMARIA CON DISPOSITIVI PROTESICI

La ricostruzione autologa mediante l'allestimento di lembi fasciocutanei, muscolocutanei o basati su perforanti è, nei casi di radiodermite, gravata da meno complicanze e da un tasso di fallimento inferiore rispetto alla ricostruzione eterologa.

In casi di radiodermite, l'utilizzo di lembi locoregionali riduce le complicanze e può migliorare il risultato estetico della mammella radiotrattata¹. Per la copertura di impianti protesici parzialmente retromuscolari, non è mai stato descritto l'utilizzo di lembi locoregionali dermo adiposi per l'allestimento inferolaterale della tasca peripotesica².

Dal Novembre 2022 ad Aprile 2024, 5 pazienti sono state ricostruite mediante protesi o espansore retromuscolare con l'utilizzo del lembo basato su perforante anteriore dell'arteria intercostale (AICAP). In 3 pazienti, un lembo AICAP è stato utilizzato a copertura di protesi definitiva retromuscolare come ulteriore strato di protezione in aree con danno tissutale radioindotto. In altre 2 pazienti, il lembo AICAP è stato utilizzato a completamento della porzione inferolaterale della tasca peripotesica parzialmente retromuscolare di un espansore mammario. In 1 paziente con esiti di chirurgia bariatrica si è impiegato il lembo AICAP nella realizzazione di una mastopessi bilaterale.

Quattro pazienti sono state ricostruite con protesi o espansore e lembo AICAP. Le pazienti hanno avuto un decorso postoperatorio regolare senza complicanze. Nessuna esposizione dell'impianto è stata rilevata. Il risultato estetico è stato ritenuto soddisfacente dalle pazienti. L'allestimento del lembo AICAP è una procedura relativamente semplice e sicura, non necessitando di cicatrici aggiuntive oltre a quella presente a livello del solco sottomammario. Inoltre, il lembo così allestito permette di migliorare la vascolarizzazione dell'area ricevente consentendo di migliorare il trofismo cutaneo in caso di esiti di radioterapia. Tale procedura può essere considerata una tecnica di prevenzione dell'esposizione dell'impianto su cute radiodermitica e una valida alternativa in casi limite laddove non vi siano alternative ricostruttive. Non sono presenti in letteratura, ad oggi, applicazioni cliniche analoghe del lembo AICAP.

1. Hamdi M, Van Landuyt K, de Frene B, et al. The versatility of the inter-costal artery perforator (ICAP) flaps. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery* 2006; 59:644-652.

2. Carrasco-López C, Julian Ibañez JF, Vilà J, et al. Anterior intercostal artery perforator flap in immediate breast reconstruction: Anatomical study and clinical application. *Microsurgery*. 2017; 37(6): 603-610. doi: 10.1002/micr.30171

Dr.ssa Silvia GERMANO

Dirigente Medico Chirurgia Plastica e Chirurgia della Mano dell'Ospedale Maria Vittoria di Torino

DECISION MAKING CONDIVISA IN RICOSTRUZIONE MAMMARIA: LA SCELTA AUTOLOGA?

Dr Antonio RUSSO

Dirigente Medico U.O.C Chirurgia Plastica e Ricostruttiva - "Ospedale Maggiore della Carità" - Novara

RICOSTRUZIONE MAMMARIA CON LEMBO DIEP SECONDARIA A FALLIMENTO DI RICOSTRUZIONE CON PROTESI

L'utilizzo di protesi mammarie è l'opzione chirurgica più diffusa in Italia per la ricostruzione mammaria dopo mastectomia.

Tuttavia, in caso di complicanze come la contrattura capsulare, la necrosi cutanea o infezioni che portano alla rimozione delle protesi, le sequele estetiche possono avere un impatto significativo sulla qualità della vita delle pazienti. In tali circostanze, la ricostruzione con il lembo microchirurgico DIEP è spesso la scelta più indicata per risolvere le problematiche legate al fallimento della ricostruzione con protesi. Infatti, solo l'utilizzo di un lembo microchirurgico consente di ripristinare la forma e le dimensioni della mammella, garantendo un risultato estetico e funzionale duraturo.

Dr Giacomo DATTA

Specialista in Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica - Libero Professionista - Torino

RICOSTRUZIONE ESCLUSIVA CON AUTOTRAPIANTO ADIPOSO

Introduzione - In tempi recenti l'autotrapianto adiposo (fat transfer) ha trovato largo impiego nella ricostruzione dell'intera mammella e ciò è confermato dai numerosi lavori scientifici comparsi negli ultimi anni, che ne hanno dimostrato prima di tutto la sicurezza oncologica e la possibilità di applicazione sia nella ricostruzione differita tardiva, sia nella ricostruzione immediatamente affiancata alla mastectomia. Attualmente, pur non tralasciando la necessità di operare una adeguata selezione dei casi candidabili a questo tipo di ricostruzione, nuove conoscenze e l'affinamento delle tecniche chirurgiche hanno permesso di ricorrere all'utilizzo di ampi volumi di grasso e di ridurre le sedute del suo trasferimento (lipofilling) mediamente a 2/4. In questo contributo si vuole sottolineare il razionale personale orientamento a cominciare dalla scelta determinante delle incisioni di aggressione chirurgica, fino alla tecnica di espansione inversa che prevede l'utilizzo temporaneo di un espansore mammario intratissutale, unitamente alle modalità di esecuzione dei lipofilling seriali. La possibilità ricostruttiva offerta dall'autotrapianto adiposo attraverso il lipofilling risulta di esecuzione assai più semplice ed è meno esposta a rischi o complicazioni rispetto all'impiego di tessuti biologici come i lembi peduncolati o liberi. Inoltre, sebbene siano necessari alcuni lipofilling seriali, una volta concluso l'iter ricostruttivo il risultato ottenuto offre una stabilità, una naturalezza, una percezione di benessere locale soggettivo e un'assenza di complicanze a medio e lungo termine che non sono ottenibili con la ricostruzione protesica; quest'ultima oltretutto risulta, con una certa frequenza, penalizzata da significative complicanze a breve, medio e lungo termine, quali infezioni, esposizioni, dislocazioni, contratture dell'impianto, dolenzie, dolori o disagi locali, nonché dalla possibile insorgenza, seppur remota, di BIA-ALCL; la gestione di tutte queste complicanze comporta reinterventi talvolta reiterati.

Materiali e metodi - I casi esemplificativi presentati riguardano 1) ricostruzione differita; 2) ricostruzione con espansione inversa intratissutale in casi di: a) Nipple sparing mastectomy (NSM) con incisione al solco sottomammario; b) Skin sparing mastectomy (SSM) con incisione "a stella" o a "cometa" periareolare. Il prelievo del tessuto adiposo è stato effettuato con cannula di 3-4 mm di calibro, collegata a siringa di 50 cc di capacità. Il reinserimento del grasso è stato eseguito con cannula di mm 1,5 di calibro e siringhe da 1 a 5 cc. Le "rigottomie" sono state utilizzate nella maggior parte dei casi. Non è stata mai utilizzata né la centrifugazione, né la decantazione; è stata eseguita asciugatura gentile con minima manipolazione del grasso.

Risultati - Buona ricostruzione volumetrica con sopravvivenza del tessuto adiposo a distanza di anni. Mobilità e aspetto simile ad una mammella naturale; gradevole percezione soggettiva e di consistenza della mammella ricostruita, assenza di dolore locale. Complicanze limitate a cisti oleose, infiltrato infiammatorio, macrocalcificazioni; nessuna recidiva di neoplasia.

Discussione - Nella condotta generale dei chirurghi plastici spesso le modalità dell'autotrapianto adiposo non sono standardizzate, ogni fase della metodica può influenzare la sopravvivenza dell'innesto adiposo, i risultati sono variabili e spesso dipendono dalla selezione dei pazienti, dalle scelte procedurali del chirurgo, dalla sua specifica esperienza.

Talvolta si evidenzia la mancanza di attiva collaborazione coordinata tra chirurgo oncologo e chirurgo ricostruttore. Ritengo che il progetto di trattamento chirurgico oncologico-ricostruttivo-estetico della mammella debba coinvolgere fin dall'inizio le competenze del chirurgo oncologo e del chirurgo plastico, a partire dalla inderogabile scelta e condivisione delle incisioni di accesso e delle modalità ricostruttive. Ancora oggi un'errata scelta delle incisioni di aggressione può essere responsabile di esiti invalidanti, dolorosi, deturpanti e compromettenti irrimediabilmente la qualità della ricostruzione. Impostare un progetto razionale di terapia chirurgica fin dall'inizio giova al contenimento delle complicanze e al buon esito del risultato.

Conclusioni - A mio parere la ricostruzione totale della mammella con tessuto biologico rappresenta una soluzione pregevole, duratura e definitiva rispetto all'utilizzo di materiale alloplastico. La progressione delle conoscenze e un'impostazione ragionata delle tecniche chirurgiche hanno permesso di raggiungere risultati un tempo insperati e questa opzione ricostruttiva rappresenta una realtà ormai assodata.

Dr Riccardo CARNINO

Responsabile Chirurgia Plastica Ricostruttiva - IRCCS - Candiolo

LA VERSATILITÀ DEL LEMBO LATISSIMUS DORSI ELD: FALD

Il lembo dorsale, descritto per la prima volta più di un secolo fa, ha mantenuto un ruolo nella ricostruzione mammaria attuale. Le caratteristiche di affidabilità, semplicità e rapidità di esecuzione sono state le principali responsabili della sua diffusione.

Con l'affermarsi delle tecniche microchirurgiche il lembo DIEP si è conquistato il ruolo di gold standard nella ricostruzione mammaria autologa, ma il lembo dorsale grazie alla sua versatilità, ha saputo adattarsi per superare i suoi limiti iniziali.

Nel tempo è diventato miocutaneo, ibrido, esteso e recentemente anche "fat augmented" consentendo la ricostruzione di più tipologie di mammelle in funzione della singola paziente.

Prof. Benedetto LONGO

Professore Associato Chirurgia Plastica UniRM "Tor Vergata"

LA RICOSTRUZIONE MAMMARIA IBRIDA IMMEDIATA: UNA VALIDA ALTERNATIVA PER RIDURRE LE COMPLICANZE ASSOCIATE A RICOSTRUZIONE PROTESICA

Dr Alessandro RIVOLIN

Libero professionista - Torino

LEMBO DI GRAN DORSALE CON PROTESI E SENZA PROTESI: INDICAZIONI, TECNICA E RISULTATI A CONFRONTO

Con il passare degli anni, la chirurgia ricostruttiva della mammella, sia autologa che con protesi, è diventata sempre meno traumatica ed invasiva per le pazienti mastectomizzate. Per quanto riguarda la ricostruzione autologa, si è passati dall'utilizzo di lembi che prevedevano lo spostamento e la rotazione di interi muscoli, alla microchirurgia, fino ad arrivare alla ricostruzione con solo grasso autologo. Mentre per la ricostruzione con espansori e protesi, si è passati dal coinvolgimento di muscoli del torace (m. gran pettorale e m. dentato) alla ricostruzione prepettorale.

Nell'ambito della ricostruzione mammaria, non sempre però il chirurgo può eseguire quell'intervento per lui abituale, che gli permette di dare alla paziente il risultato migliore con la massima sicurezza. Questa condizione, che io definisco di "elezione", non è sempre quella che un chirurgo affronta. Difatti spesso, a causa di situazioni contingenti (terapia radiante) o complicanze (infezioni, necrosi o contrattura capsulare), il chirurgo si trova in una condizione che definisco "difensiva" e di "salvataggio", in cui egli non può più utilizzare la tecnica chirurgica per lui abituale, bensì deve eseguire un tipo di intervento, che in quel caso è il più adatto e sicuro per la paziente.

Nella mia attività di chirurgo plastico senologo, quando non posso eseguire una ricostruzione solo con protesi, che è la mia tecnica di "elezione", a causa della radioterapia fatta o da farsi e/o di complicanze insorte, utilizzo generalmente il lembo di muscolo gran dorsale, in tutte le sue varianti (LD muscolare semplice, LD muscolare con isola, LD esteso semplice, LD esteso con isola).

Generalmente, nella scelta del tipo di lembo da utilizzare, tengo primariamente conto del seno controlaterale e del tipo di intervento di simmetrizzazione che verrà eseguito. Sebbene non sempre sia possibile, cerco di ricostruire un seno mastectomizzato con LD + protesi, se il controlaterale avrà una protesi e con LD esteso (arricchito da aree adipose), se il controlaterale non ne avrà. Questa mia filosofia mi permette di far sì che il seno ricostruito ed il seno controlaterale simmetrizzato, abbiano nel tempo un comportamento il più simile possibile, e che le pazienti debbano andare incontro al minor numero di interventi chirurgici secondari di revisione.

Dr Riccardo BONOMI

Dirigente Medico S.S.D. Senologia A.O. "S. Croce e Carle" Cuneo

LIPOFILLING IN PRE-PECTORAL BREAST RECONSTRUCTION

Nipple sparing mastectomy (NSM) and breast reconstruction with implant has been associated with superior cosmetic outcomes and patient satisfaction when compared to non-nipple sparing mastectomy, while remaining oncologically safe.

Consequently, it has become an increasingly popular option for women who require a mastectomy for both oncological and prophylactic reasons. The recent trend of positioning the breast implant or the expander in front of the pectoralis muscle has drastically reduced the postoperative pain associated with the surgical procedure or with the inflation of the expander.

The downside of this technique is a more evident rippling, which becomes gradually visible with the resolution of the postoperative inflammation.

Lipofilling has become therefore the gold standard technique to improve the cosmetic outcome in breast implant base reconstruction, now commonly call hybrid breast reconstruction.

The extra layer of fat injected in the plane between the skin and the peri-prosthetic capsule allows the camouflage of the implant, improving the look of the reconstructed breast and consequently the degree of patient satisfaction.

R. Bonomi, A. Rivarossa, G. Numico, A. Garetto, G. Giraudo, A. M. Vandone, F. Rivarossa, R. Rosso, E. Bellini, D. Baldassarri, P. Vanella, I. Persano

Dr Fausto CELLA, Dr.ssa Claudia DI SANTO

S.S. Chirurgia Plastica Ospedale "Michele e Pietro Ferrero" - Verduno

SCAFFOLD BIOINGEGNERIZZATI NELLA RICOSTRUZIONE MAMMARIA PREPETTORALE

Lo sviluppo e l'introduzione nella chirurgia mammaria di nuovi materiali bioingegnerizzati, che avvolgono completamente la protesi per impedire il contatto diretto delle protesi in silicone con i tessuti post-mastectomia, hanno consentito l'affermarsi della ricostruzione prepettorale one stage basata su impianto alloplastico, una tecnica sicura ed innovativa, che sembra correlare con una riduzione del dolore postoperatorio, un minore impatto funzionale a lungo termine sull'arto superiore e, quindi, un aumento della soddisfazione della paziente per il risultato estetico.

Attualmente, i dispositivi in commercio approvati nella ricostruzione post-oncologica possono essere matrici acellulari di derivazione biologica o reti di origine sintetica, queste ultime a loro volta suddivisibili in riassorbibili o non riassorbibili. Nonostante l'attuale molteplicità di presidi disponibili, c'è scarsa evidenza scientifica a sostegno della scelta dell'uno o dell'altro. Oltre ai prerequisiti di biodegradabilità, biocompatibilità, non tossicità, anallergicità e scarsa immunogenicità, l'obiettivo generale è quello di un "replacing like with like" dei tessuti mammari. Il successo clinico è, infatti, spesso stato attribuito ad un'architettura tridimensionale e a proprietà biomeccaniche simili alla matrice extracellulare umana, che ne imitino al meglio le caratteristiche biologiche, strutturali e biomeccaniche. Ciò sembra avere un ruolo importante nel meccanismo mimetico di biointegrazione dello scaffold con i tessuti viventi e nella capacità delle fibre di essere colonizzate dalle cellule ospiti. Diverse indagini hanno evidenziato che anche la rigidità dello scaffold gioca un ruolo importante sul comportamento delle cellule dei tessuti molli riceventi.

Dall'esigua disponibilità di dati forti in letteratura, deriva una sostanziale importanza di una minuziosa caratterizzazione dei biomateriali a disposizione per l'impianto in ricostruzione mammaria prepettorale.

A tal fine, abbiamo svolto un'osservazione preliminare dell'aspetto microscopico del processo, rispettivamente, di integrazione e di assorbimento a circa 2 mesi dal loro impianto di due differenti scaffold, l'uno biologico di derivazione da derma suino, l'altro di origine sintetica a doppia fase di assorbimento e composto dalla combinazione di materiali idrofobici e idrofilici. Sono in previsione ulteriori studi, che prevedano un'analisi, oltre che istologica, anche biomeccanica e chimico-fisica, potenzialmente basata su metodiche tridimensionali ultrastrutturali.

TAVOLA ROTONDA ALTERNATIVE MICROCHIRURGICHE AL DIEP: QUANDO E PERCHÉ

Sessione VI

CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA PROTESICA: COMPLICANZE E TRATTAMENTO

Moderano: Pier Luigi Santi, Marco Ghiglione

Dr Carlo MAGLIOCCA

Libero professionista - Roma - Membro del Board della Società Europea di Chirurgia Estetica (EASAPS)

PATOLOGIE INDOTTE DA PROTESI MAMMARIE

Prof. Piercamillo PARODI

Direttore Clinica di Chirurgia Plastica, P.O. "Santa Maria della Misericordia", A.S.U. Integrata di Udine

IMPIEGO DELL'ESPANSORE NEL SALVATAGGIO DI RICOSTRUZIONI COMPLICATE

Laddove possibile deve essere effettuata una ricostruzione mammaria in un solo tempo chirurgico. In pazienti complesse appare ancora utile l'utilizzo dell'espansore mammario, sebbene ad oggi tale scelta ricostruttiva può apparire spesso obsoleta.

Le indicazioni per posizionare un espansore mammario sono quando si ha una resezione di cute e CAC, quindi quelle pazienti che non sono candidate ad una mastectomia nipple sparing, in caso di ricostruzione di mammelle di grandi dimensioni (oltre la coppa C), e quando la perfusione del lembo di mastectomia non ci convince.

Pertanto, utilizzare un espansore laddove non siamo nelle migliori condizioni di ricostruzione DTI consente di avere minor tensione dei lembi di mastectomia, di adattare la ricostruzione ad un secondo tempo, di poter modificare la dimensione degli impianti.

Nella nostra esperienza l'espansore mammario appare una valida opzione nel salvataggio di ricostruzioni complicate, può essere utile in caso di necrosi dei lembi, infezione, sieroma major ed ematoma. Può avere un importante ruolo anche in caso di contrattura capsulare e RT post-operatoria. Inoltre consente di mantenere la porta "aperta" per un'eventuale ricostruzione autologa o ibrida.

Dr.ssa Glenda CAPUTO

Dirigente Medico Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, AOUI - Verona

INFEZIONI PROTESICHE IN CHIRURGIA MAMMARIA: PROPOSTA DI UN NUOVO PROTOCOLLO FAST TRACK PER L'IMPLANT SALVAGE

Background - L'infezione associata alla chirurgia ricostruttiva mammaria protesica è un incubo sia per i pazienti che per i chirurghi, spesso implicando un alto tasso di recidiva, trattamenti lunghi (sia medici che chirurgici), procedure invasive multiple, ritardo del risultato finale e, in alcuni casi, anche fallimento della ricostruzione. La diagnosi precoce è fondamentale, ma non sempre facile da ottenere. Sono disponibili diverse opzioni di trattamento e sono state descritte in letteratura, senza una chiara strategia vincente. I recenti miglioramenti negli strumenti microbiologici e terapeutici hanno portato gli autori a chiedersi quale sarebbe stato considerato il miglior piano per l'approccio di recupero della ricostruzione.

Metodi - Tutte le pazienti sottoposte a ricostruzione mammaria implant-based tra il 2012 e il 2023 sono stati arruolati. Le cartelle cliniche riguardanti le infezioni e il trattamento sono state analizzate retrospettivamente.

Risultati - Su un totale di 506 pazienti ricostruite con protesi, 26 (5,14%) hanno sviluppato un'infezione. Discutendo i risultati, ci siamo resi conto che il protocollo precedente era vecchio-stile e aveva bisogno di miglioramenti.

Discussione - Attraverso un approccio multidisciplinare, è stato elaborato un nuovo algoritmo di prevenzione e trattamento. In primo luogo, lo screening microbiologico attraverso tampone nasale e rettale consente una corretta decontaminazione prima dell'intervento. Tuttavia, il miglioramento fondamentale consiste nell'uso dell'analisi di biologia molecolare, minimizzando così i tempi di diagnosi e permettendo la terapia antibiotica mirata poco dopo la rimozione dell'impianto infetto. Inoltre, un ruolo fondamentale è svolto dall'uso della terapia a pressione negativa con instillazione come "spaziatore" temporaneo per garantire il mantenimento della tasca peri-protesica.

Glenda Giorgia Caputo Ammendola, Anna Scarabosio, Pier Camillo Parodi

Dr Massimo NAVISSANO

S.C. di Chirurgia Plastica, A.O.U. "Città della Salute e della Scienza", P.O. CTO - Torino

LE INFEZIONI PROTESICHE: NUOVE STRATEGIE PER LA LORO GESTIONE

Dr Andrea LISA

U.O. Chirurgia Plastica Istituto Europeo di Oncologia

L'UTILIZZO DI NATIVE NEL TRATTAMENTO DELLA CONTRATTURA CAPSULARE IN ESITI DI RADIOTERAPIA: EVIDENZE PRELIMINARI

Introduzione - La radioterapia è un componente fondamentale del trattamento del cancro al seno. Tuttavia, è ben riconosciuta come un fattore di rischio per risultati estetici insoddisfacenti e un aumento delle complicazioni, specialmente per la contrattura capsulare. Sono stati tentati diversi approcci per ridurre le complicazioni nelle mammelle irradiate, tra cui l'uso di Matrici Dermal Acellulari (ADM). Lo scopo dello studio attuale è quello di indagare sull'uso di ADM nel minimizzare le complicazioni e migliorare i risultati estetici nei pazienti a rischio elevato a causa di precedente radioterapia.

Materiali e metodi - In questo studio monocentrico, abbiamo analizzato retrospettivamente pazienti irradiati sottoposti a ricostruzioni con impianto assistite da matrice dopo mastectomia. In dettaglio, su 60 pazienti, 26 hanno subito la sostituzione espansore-impianto dopo radioterapia (Gruppo A); 34 pazienti hanno richiesto la sostituzione dell'impianto per contrattura capsulare dopo radioterapia (Gruppo B). L'obiettivo principale dello studio era quello di indagare sull'efficacia delle ADM nel ridurre le fallimenti ricostruttivi, le complicanze e la contrattura capsulare dopo irradiazione al seno. Come obiettivo secondario abbiamo analizzato la soddisfazione dei pazienti e dei chirurghi con l'esito estetico della ricostruzione e abbiamo anche confrontato l'esito finale nei due gruppi.

Risultati - Complessivamente, abbiamo registrato 15 complicanze e 4 perdite di impianto. Il fallimento ricostruttivo è stato causato dall'esposizione dell'impianto in 2 casi, necrosi cutanea a spessore totale in 1 caso e contrattura grave di Baker IV in 1 caso.

Sono state osservate complicanze minori in 11 casi, tra cui 3 seromi, 3 necrosi cutanee superficiali, 2 sindromi da dolore post-mastectomia, 1 ematoma, 1 rotazione dell'impianto. Nel gruppo A, il grado di Baker preoperatorio non è stato raccolto perché l'espansore era in sede e il grado di Baker postoperatorio era I in 4/26 (15,4%), II in 17/26 (65,4%) e III in 2/26 (7,7%) casi III in 1/26 (3,8%). Nel gruppo B il grado di Baker preoperatorio era III in 26/34 (76,5%) e IV 8/34 (23,5%), mentre dopo la sostituzione dell'impianto era I in 2/34 (5,9%), II in 29/34 (85,3%), III 1/34 (2,9%).

Conclusioni - Sulla base dei nostri risultati, possiamo affermare che in casi selezionati l'uso di ADM può essere una opzione valida per trattare e prevenire la contrattura capsulare nel seno irradiato con un tasso di complicazioni relativamente basso e un tasso di fallimento ricostruttivo basso e risultati estetici accettabili.

Prof.ssa Ilaria BALDELLI

Prof. Ass. Dip. di Scienze Chirurgiche e Diagnostiche integrate - DISC, UniGE

LA CAPSULA PERIPROTESICA, COME E QUANDO UTILIZZARLA A NOSTRO VANTAGGIO

La capsula peripotesica è il risultato di un processo fisiologico complesso risultante dalle interazioni tra la superficie dell'impianto, i tessuti circostanti e il sistema immunitario. Dopo le fasi infiammatorie acute e croniche che caratterizzano la reazione da corpo estraneo si raggiunge uno stato stazionario in cui cessano l'attività immunitaria e la fibrosi, residuando in un tessuto composto da tre strati connettivali ben vascolarizzato. Proprio per queste caratteristiche può essere utilizzato nelle procedure secondarie che riguardano la chirurgia mammaria ricostruttiva ed estetica, dal salvataggio di un impianto al miglioramento del risultato estetico, attraverso l'allestimento di lembi locali e capsulorrafie.

Dr Stefano BOTTOSSO

Direttore UCO Chirurgia Plastica e Ricostruttiva - A.S.U.GI - Trieste

PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE IN RICOSTRUZIONE MAMMARIA

PROTESICA: DALLE LINEE GUIDA ALLA PRATICA CLINICA

Introduzione - La ricostruzione mammaria protesica è attualmente il metodo più utilizzato per la ricostruzione post-mastectomia. Si tratta di procedure veloci e relativamente semplici ma rimangono gravate da complicanze, come infezione, sieroma e deiscenza, che possono portare alla perdita della ricostruzione.

Ogni centro che esegue tali procedure ha dei propri protocolli interni per la prevenzione di tali complicanze e spesso non c'è una univocità di trattamento.

L'obiettivo del nostro studio è andare a valutare la letteratura recente, le evidenze e le eventuali linee guida presenti in modo da creare un nostro protocollo interno e valutare i suoi effetti nell'incidenza di tali complicanze.

Materiale e metodi - Nel 2020 abbiamo creato un protocollo di prevenzione delle infezioni nelle ricostruzioni mammarie protesiche e nel 2022 un protocollo di gestione dei sieromi nelle ricostruzioni mammarie prepettorali. Dalla loro introduzione sono stati applicati quotidianamente e i risultati comparati ai dati pre-introduzione dei protocolli.

Risultati - Sono stati arruolati 295 pazienti che hanno eseguito un intervento di ricostruzione mammaria protesica con l'applicazione del nuovo protocollo. Il tasso di infezione è stato dell'1,7%. Il dato risulta significativo sia paragonato ai dati pre-applicazione del protocollo sia paragonato ai casi eseguiti dalla nostra équipe in un altro centro dove non viene applicato il protocollo.

Per quanto riguarda il protocollo di gestione del sieroma mammario, sono state arruolate 96 pazienti, con un tasso di sieroma del 32% ma senza complicanze secondarie alla comparsa del sieroma.

Conclusioni - Grazie allo studio delle evidenze e la creazione di protocolli chiari e facilmente applicabili da tutta l'équipe, è possibile ridurre il numero di complicanze, trattarle in modo adeguato e tempestivo e migliorare l'outcome delle pazienti.

Dr Alberto RIVAROSSA

Direttore S.C. Chirurgia Plastica e Ricostruttiva - A.O. "S. Croce e Carle" - Cuneo

CONSENSUS CONFERENCE SULL'UTILIZZO NPWT IN CHIRURGIA MAMMARIA

Le consensus conference prevedono un'analisi delle evidenze disponibili su temi specifici e controversi, su cui non c'è consenso e che spesso portano ad una forte disomogeneità di comportamenti a livello clinico, organizzativo e gestionale dell'assistenza sanitaria. Questa Consensus Conference è stata condotta nell'ambito del Congresso Nazionale SICPRE di Roma 2023, individuando i più eminenti esperti italiani, secondo lo standard definito dal Consensus Development Program del National Institutes of Health (NIH) degli Stati Uniti. La metodologia seguita è descritta anche nel manuale metodologico "Come organizzare una consensus conference" dell'Istituto Superiore di Sanità pubblicato nel Sistema Nazionale Linee Guida.

Obiettivi: definire alcune chiare indicazioni nell'utilizzo dei sistemi a pressione negativa incisionale confrontando e integrando le evidenze scientifiche con l'esperienza clinica.

Durante il consensus sono state valutate le evidenze disponibili discutendo le seguenti possibili complicanze:

- a) Sieroma
- b) Ipoperfusione/necrosi e deiscenza
- c) Infezione

Si riportano le risultanze dell'elaborazione e della votazione effettuate dal Panel di Giuria, sulla base dell'analisi delle evidenze scientifiche della letteratura e delle esperienze cliniche individuali che hanno confermato l'indicazione della NPWT in prevenzione delle complicanze in chirurgia mammaria, con diversi gradi di raccomandazione e con diverse modalità di applicazione. Il documento preliminare uscito dalla Consensus Conference di settembre è stato completato e dopo due votazioni è stato approvato definitivamente il 2 febbraio 2024.

In conclusione si presentano alcuni casi clinici di utilizzo della pressione negativa monouso senza canister in diverse condizioni postoperatorie di chirurgia mammaria.

Dr Alberto RIVAROSSA

Direttore S.C. Chirurgia Plastica e Ricostruttiva - A.O. "S. Croce e Carle" - Cuneo

IL REGISTRO REGIONALE DELLE PROTESI MAMMARIE

TAVOLA ROTONDA

PATOLOGIA PSEUDOCAPSULARE: CAPSULECTOMIA TOTALE VERSO LEMBI CAPSULARI?

COMPANY PROFILE

LA METAMORFOSI

Fondata a Mogliano Veneto, provincia di Treviso, nel 1989 da Giovanni Bertoli e Manuela Gardelli la società inizialmente si interessava di rivendita prima locale e poi nazionale di dispositivi medici nel settore dell'oculistica e dell'ortopedia sviluppando anche la distribuzione di prodotti per la stabilizzazione della colonna vertebrale. Nel 2010 **DECO med®** mette in atto una profonda riflessione che le fa cambiare pelle: dismessi i dispositivi metallici si orienta verso lo studio delle membrane chirurgiche di cui ridefinisce gli standard qualitativi includendo nuove indicazioni.

L'INNOVAZIONE

Nel settore della ricostruzione mammaria, dal 2012, **DECO med®** si afferma nel mondo quale driver dell'innovazione nel campo delle matrici biologiche. È titolare di molti brevetti che hanno rivoluzionato la tecnica chirurgica ricostruttiva e distribuisce i propri brands in tutta Europa e non solo. Uno su tutti: **BRAXON®**. Con questo brevetto **DECO med®** inventa una nuova tecnica chirurgica che permette il posizionamento dell'impianto protesico sul piano pre-pettorale in chirurgia mammaria oncologica stabilendo ad oggi il nuovo gold standard in ricostruzione mammaria.

IL METODO

Live-surgeries, realizzazione di eventi, hospital meetings, ricerca con le Università sono gli strumenti per diffondere sia in Italia che all'estero i vantaggi di risparmiare il muscolo gran pettorale nella ricostruzione della mammella. I brevetti, la ricerca e i marchi costituiscono il patrimonio **DECO med®** riconosciuto dal Ministero del Commercio e dello Sviluppo che l'ha eletta nel novero delle Aziende "PMI INNOVATIVE".

L'ideazione, lo sviluppo e la realizzazione di nostri devices devono corrispondere a un beneficio ulteriore per il paziente. Fosse "solo" la riduzione del dolore.

BREAST LINE

Nella ricostruzione del seno con impianto sottomuscolare, il muscolo grande pettorale non è sempre abbastanza grande da nascondere l'intero impianto di silicone, quindi il polo inferiore rimane scoperto e a diretto contatto con il tessuto sottocutaneo. In tali casi, tale porzione può essere ricoperta utilizzando matrici biologiche, cioè fogli di collagene morbido interposti tra il silicone ed il tessuto sottocutaneo, prevenendo così la formazione della capsula. La maggior parte di queste membrane sono derivate dalla pelle animale, che viene trattata per rimuovere l'intera componente cellulare. Ciò che rimane è un foglio di collagene morbido simile a quello del corpo umano, che, a differenza dei materiali sintetici, si integra rapidamente nel corpo e diventa tessuto sano e vitale.

BREVETTI E PRODOTTI

DECO med® detiene 29 brevetti nel campo della ricostruzione mammaria. **Braxon®**, **Braxon®Fast**, **Native®**, **Native®3D**, sono solo alcuni dei prodotti attualmente in uso, altri arriveranno presto nelle sale operatorie. Il futuro non può aspettare.



Attualità in ricostruzione **mammaria** autologa, protesica ed ibrida



Castello dei Principi d'Acaja
Fossano, 23-24 maggio 2024

EVENTO ECM 413640

Conforme al Codice Etico SVC
Provider ID 1038 - Staff P&P

Si ringraziano per il contributo non condizionante



Smith+Nephew

Johnson & Johnson
MedTech

POLYTECH



REVÊE®