

CHIRURGIA SENOLOGICA

(Roll, Snoll, mastectomia, linfadenectomia, ecc.)

Paziente:

- Obesa (BMI > 30)
- Diabetica insulino dipendente
- Affetta da malattie croniche (reumatologiche, ematologiche, gastroenterologiche, dermatologiche in terapia immunosoppressiva)
- Sottoposta a IORT
- Sottoposta a recente (termine < 45 gg) chemioterapia neoadiuvante

SI

- Amoxicillina-clavulanato 2.2 g ev x 4/die x 3 gg
Se dimessa: Amoxicillina-clavulanato 1 g cpr os x 4 /die x 3 gg
- Se allergia alle β lattamine:
Clindamicina 600 (900 se > 80 Kg) mg ev x 3 /die + Gentamicina 240 mg /die x 3 gg
Se dimessa: Rifampicina (Rifadin) 600 mg 1 cpr os / die x 3 gg

La prescrizione degli antibiotici soprariportati deve essere indicata dal chirurgo nel programma operatorio

NO

Inserimento protesi ?

SI

Profilassi short:

- Cefazolina 2 g ev (da ripetere dopo 2 h se l'intervento continua) poi 2 g ogni 8 h per max 24 ore
- Se allergia a β lattamine: Clindamicina 600 mg ev (900 mg se > 80 Kg) ogni 8 h per max 24 ore

NO

Profilassi ultrashort:

- Cefazolina 2 g ev (da ripetere dopo 2 h se l'intervento continua)
- Se allergia a β lattamine: Clindamicina 600 mg ev (900 mg se > 80 Kg)

PROFILO GINECOMASTIA

LATO (D-----S)

Ricerca: - gozzo

- ecografia addome per ricerca di masse surrenaliche;
- esame dei testicoli per masse o atrofia dosaggio
- esame dell'ascella
- farmaci assunti quotidianamente (e loro interazione)

Valorizzare:

- mobilità delle masse e loro sede (quadrante),
- retrazione del capezzolo\cute,
- secrezioni.

Anamnesi:

- Sintomi o segni di ipogonadismo (p. es., pubertà ritardata, atrofia testicolare, calo della libido, disfunzione erettile, riduzione della percentuale di massa magra, perdita di abilità visuospatiali) (ESAMI livelli sierici di LH, FSH, testosterone, estradiolo e gonadotropina corionica umana)
- Sintomi o segni di ipertiroidismo (p. es., tremore, tachicardia, sudorazione, intolleranza al caldo, perdita di peso) (ESAMI TSH Ft3 Ft4)
- Massa testicolare
- Recente insorgenza di ginecomastia dolorosa e tesa in un adulto

Definizioni:

- pseudoginecomastia, l'esaminatore non sente alcuna resistenza tra il pollice e l'indice fino a quando non si incontrano al capezzolo.
- ginecomastia, un bordo di tessuto > 0,5 cm di diametro circonda il capezzolo simmetricamente ed è simile al capezzolo stesso per consistenza.

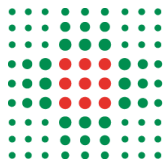
Profili paziente

- Paziente adulto con ginecomastia dolorosa: livelli sierici di LH, FSH, testosterone, estradiolo e gonadotropina corionica umana
- Paziente con ginecomastia cronica: esami dettagliati spesso superflui, in particolare per i pazienti nei quali la ed è rilevata solo durante l'esame obiettivo.
- Paziente anziano con ginecomastia: l'ipogonadismo è piuttosto frequente. misurare i livelli di testosterone sierico negli uomini più anziani, in particolare se altri reperti suggeriscono l'ipogonadismo.
- ginecomastia fisiologica o idiopatica devono essere valutati nuovamente dopo 6 mesi.

NB: La risoluzione della ginecomastia è improbabile [REDACTED]. se l'aspetto estetico rimane inaccettabile indicazione a rimozione di tessuto mammario in eccesso (liposuzione\chirurgia).

ECOGRAFIA

PAROTIDOMEGALIA



Direttore
Prof. Carlo FEO

Medici
Dott. Mario BERTASI
Dott. Gaetano BISI
Dott. Alberto CATALDI
Dott. Laura CHIMISSO
Dott. Luigi DI MARCO
Dott. Nicolò FABBRI
Dott.ssa Marta FAZZIN
Dott. Antonio PESCE
Dott. M. POLEDRELLI
Dott.ssa V. SCIASCIA
Dott.ssa Silvia SEVERI
Dott. R. SOVERINI
Dott. M. TORCHIARO

**OSPEDALE DEL
DELTA**
Via Valle Oppio, 2
44023 Lagosanto
FERRARA

Reparto
T +39 0533 723420
F +39 0533 723419

**Coordinatrice
infermieristica**
Sandra VOLPI
s.volpi@ausl.fe.it

Day Surgery
T +39 0533 723441
F +39 0533 723439

**Coordinatrice
infermieristica**
Claudia BECCARI
c.beccari@ausl.fe.it

**PERCORSO
DIAGNOSTICO-
TERAPUEUTICO
COLON-RETTO
(PDTA)**
Lisa UCCELLATORI
lucellatori@ausl.fe.it

[http://ausl.fe.it/azienda/r
ete-
ospedali/ospedali/ospeda
le-del-delta/chirurgia](http://ausl.fe.it/azienda/r
ete-
ospedali/ospedali/ospeda
le-del-delta/chirurgia)

**OSPEDALE
MAZZOLANI
VANDINI**
Via Nazionale, 5
44011 Argenta
FERRARA

**CASA DELLA
SALUTE
S. Camillo Comacchio**
Via Raimondo Felletti,
2, 44022 Comacchio
FERRARA

**CASA DELLA
SALUTE
Terra e Fiumi
Copparo**
Via Roma, 18
44034 Copparo
FERRARA

CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO DI GINECOMASTIA SINTOMATICA

(riduzione\asportazione della mammella maschile)

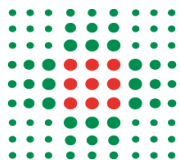
Introduzione:

L' accumulo localizzato di grasso in regione mammaria e/o la presenza di una ipertrofia della ghiandola mammaria definisce il quadro clinico di ginecomastia vera, mista o falsa.

La **vera ginecomastia** è dovuta, invece, ad un reale **aumento di volume della ghiandola mammaria**, che alla palpazione sembra avere le stesse caratteristiche di quella femminile. La vera ginecomastia è abbastanza frequente nella pubertà, è detta anche ginecomastia puberale, colpisce circa un terzo dei maschi e si presenta come una tumefazione (ovvero un rigonfiamento) della mammella, mono o bilaterale, turgida e dolente, che insorge rapidamente; dura qualche mese, ma regredisce spontaneamente.

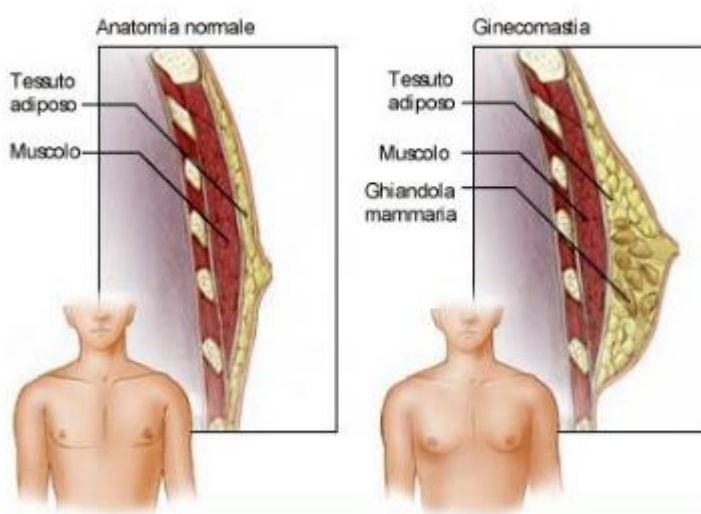
Nei rari casi in cui ciò non si verifica può essere necessaria l'asportazione chirurgica della ghiandola, al termine di uno studio preoperatorio che comprenda una ecografia e talvolta anche una mammografia.

Al fine di escludere altre forme di ginecomastia in cui l'aumento di volume della ghiandola mammaria maschile è causato da malattie (**cirrosi epatica, tumori del testicolo, ipertiroidismo**, ecc.) o dall'assunzione di **farmaci**, come quelli utilizzati per problemi alla prostata è necessario aver completato alcuni accertamenti previsti da una visita endocrinologica. Infatti, la cura di queste forme di ginecomastia deve essere rivolta alla malattia di base, cioè quella che ha causato la ginecomastia.



La ghiandola mammaria ipertrofica, questa può essere rimossa chirurgicamente (adenectomia), attraverso una incisione cutanea con tecniche che sono determinate dal Chirurgo, in base alle caratteristiche del singolo paziente.

Ginecomastia



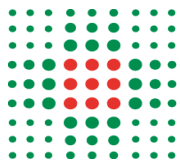
I tempi di degenza, la frequenza di medicazioni, la rimozione di punti dipendono dal singolo caso clinico e dalla tecnica impiegata.

L'esito è generalmente soddisfacente fin dai primi tempi e solitamente suscettibile di ulteriore miglioramento nei mesi successivi.

L'intervento può avvenire in anestesia locale con sedazione o in anestesia generale (narcosi).

Postoperatorio:

All'intervento residuano inevitabilmente cicatrici cutanee di diversa estensione, si dovrà smettere di fumare almeno due settimane prima e dopo l'intervento per non vanificare le possibilità di una corretta cicatrizzazione, infatti come tutti gli interventi chirurgici anche questo avrà delle cicatrici che si stabilizzeranno con il tempo.



Il chirurgo adotterà tutte le tecniche per ottenere una cicatrice esteticamente accettabile; esistono tuttavia fattori che possono modificare il processo di cicatrizzazione, questi possono essere:

- anomalie della vascolarizzazione e dell'innervazione,
- microangiopatia diabetica,
- carenza di proteine,
- uso di farmaci antineoplastici,
- fumo di sigaretta.

Esiste inoltre una cicatrizzazione patologica in soggetti predisposti con formazione di cicatrici ipertrofiche o addirittura cheloidee.

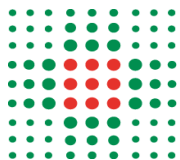
La perdita di sensibilità del capezzolo è generalmente temporanea ma in talune occasioni può essere permanente.

Lievi asimmetrie possono essere riscontrate nella forma, dimensioni o posizione dell'areola. In genere sono di modesta entità e possono essere corrette agevolmente in anestesia locale non prima di sei mesi dall'intervento così come qualche cicatrice al fine di ottenere un risultato estetico ottimale.

Il sottoscritto

Ho ben compreso il percorso perioperatorio e la procedura chirurgica, inoltre, sono stato informato che questo intervento può essere gravato da **COMPLICANZE** che includono:

- Emorragia (sanguinamento): quando si verifica nel periodo postoperatorio può richiedere un reintervento per arrestarla.
- Ematoma (accumulo di sangue), che può richiedere un drenaggio con aspirazione o un secondo intervento chirurgico per evacuazione dell'ematoma e revisione dell'emostasi.
- Infezione della ferita: curata con antibiotici e medicazioni più frequenti;
- Cicatrizzazioni esuberanti o cheloidi, che possono alterare gli esiti estetici e richiedere ulteriore chirurgia correttiva.



• Nel caso di mastectomia\mammectomia che risparmia la cute e/o il complesso areola-capezzolo si può verificare ischemia cutanea con necrosi parziale o totale dei lembi cutanei e/o del complesso areola-capezzolo che può richiedere un intervento chirurgico di asportazione del tessuto necrotico (e possibile perdita dell'areola-capezzolo),

Tutte le complicanze elencate si verificano con frequenza variabile, in funzione delle caratteristiche del soggetto operato e dell'esperienza del Centro; tuttavia in nessuna casistica le complicanze sono pari a zero.

In Letteratura la percentuale di complicanze di rilievo è compresa tra il 10 e il 20%, dipendente anche da molti fattori individuali. (fonte: www.senonetwork.it)

Infine,

- presto
- non presto

il consenso 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.

Preso atto di quanto sopra accetto di sottopormi all'intervento.

Data:

Firma:

Il medico che consegna il modulo di consenso informato: