



Trasferimento di adipe nella chirurgia del seno

E. Delay, S. Guerid

La nostra esperienza degli innesti di tessuto adiposo in regione toracomammaria è iniziata nel 1998. In seguito a questa esperienza, gli autori ritengono che il lipomodellamento della mammella, o trasferimento adiposo alla mammella, rappresenta un importante progresso nella chirurgia plastica del seno. La tecnica è, attualmente, ben codificata e il tasso di complicanze è molto basso (13 infezioni e 1 caso di pneumotorace su 2 350 interventi). Il follow-up clinico a lungo termine mostra una stabilità dei risultati morfologici rispetto al volume ottenuto a tre o a quattro mesi dall'intervento. La comparsa di focolai clinici di citosteatonecrosi è altamente operatore-dipendente e si verifica all'inizio dell'esperienza. Sul piano radiologico, la valutazione mostra, il più delle volte, aspetti di mammella normale, a volte con immagini di citosteatonecrosi, il più delle volte immagini di cisti oleose, più raramente immagini di noduli di citosteatonecrosi o, più raramente ancora, calcificazioni o cisti complesse. Nella nostra esperienza, queste immagini non generano confusione con la diagnosi di cancro per radiologi esperti nella diagnostica per immagini della mammella. In virtù del basso tasso di complicanze, degli ottimi risultati ottenuti e dell'eccellente accettazione della tecnica da parte delle pazienti, questa tecnica ha completamente modificato le nostre indicazioni in chirurgia plastica della mammella. Nella ricostruzione mammaria, il lipomodellamento rappresenta il complemento ideale per la ricostruzione autologa con lembo di gran dorsale. Il lipomodellamento può essere applicato alle ricostruzioni mammarie con protesi, soprattutto in caso di sostituzione di protesi, e apportare il proprio contributo nei ritocchi dopo transverse rectus abdominis myocutaneous (TRAM) flap o dopo deep inferior epigastric artery perforator (DIEP). Nel quadro della sindrome di Poland, il lipomodellamento sembra apportare un progresso importante e, probabilmente, rivoluzionerà il trattamento dei gravi casi di sindrome di Poland. Il lipomodellamento apporta anche una nuova alternativa per il trattamento del pectus excavatum, dei seni tuberosi e delle asimmetrie mammarie per ipotrofia mammaria monolaterale. Infine, in chirurgia estetica di incremento mammario, il lipomodellamento permette un aumento mammario moderato, ma di aspetto naturale. È anche molto interessante, in chirurgia di incremento mammario con protesi, combinare un lipomodellamento della scollatura sotto forma di un incremento mammario detto "composito", che fornisce risultati notevoli.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Trasferimenti adiposi; Lipomodellamento; Mammella; Ricostruzione del seno; Incremento mammario

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	2	■ Tecnica chirurgica	3
■ Storia ed evoluzione delle idee	2	Preparazione	3
Primi tentativi	2	Anestesia	3
Polemica	2	Incisioni	3
Progressiva scomparsa delle controversie	2	Prelievo del grasso	4
		Preparazione del grasso	4
		Trasferimento del grasso	4
		Fasciotomie	5

■ Cure postoperatorie	6
A livello del sito di prelievo	6
Sulla mammella	6
■ Complicanze	6
A livello del sito di prelievo	6
A livello della mammella	6
■ Indicazioni	6
Lipomodellamento delle mammelle ricostruite con lembo di gran dorsale senza protesi	7
Lipomodellamento delle mammelle ricostruite con protesi	7
Lipomodellamento delle mammelle ricostruite con TRAM o "deep inferior epigastric artery perforator" (DIEP)	7
Ricostruzione mammaria con lipomodellamento esclusivo	8
Altre applicazioni in ricostruzione mammaria	9
Correzione di sequele di trattamento conservativo del cancro della mammella	9
Sindrome di Poland	10
Pectus excavatum	10
Seni tuberosi	10
Altre indicazioni in chirurgia riparativa della mammella	10
Mastoplastica additiva estetica	11
■ Controindicazioni	11
■ Conclusioni	12

■ Introduzione

Il trasferimento adiposo alla mammella, per migliorare la sua forma e il suo volume, è un'idea antica. Questo approccio era stato, peraltro, utilizzato fin dall'inizio della liposuzione, in particolare in seguito ai lavori di Illouz [1] e Fournier [2], sotto il termine di *lipofilling*. Esso non era stato completamente sviluppato perché la tecnica di trasferimento adiposo era meno precisa rispetto a quella attuale e poteva originare dei focolai di citosteatonecrosi che erano, d'altronde, più difficili da rilevare attraverso la diagnostica per immagini mammaria, meno efficiente di quella attuale. Il colpo di grazia alla tecnica era stato dato nel corso di una vivace polemica insorta in seguito ai lavori di Bircoll [3] e aveva portato a una raccomandazione dell'America Society of Plastic and Reconstructive Surgeons (ASPRS) nel 1987, che controindicava le iniezioni di tessuto adiposo nella mammella.

Una rinnovata attenzione ai trasferimenti adiposi era emersa in seguito ai lavori di Coleman [4,5], che confermarono che il tessuto adiposo poteva essere trasferito in buone condizioni a patto di rispettare un protocollo di preparazione e trasferimento di grasso rigoroso. Constatando l'altissima efficacia dei trasferimenti adiposi a livello del viso in chirurgia estetica e in caso di trattamento di sequele facciali post-terapeutiche, abbiamo sviluppato un tema di ricerca dal 1998 per valutare l'efficacia dei trasferimenti adiposi a livello della regione toracomammaria. Questo lavoro di ricerca ha permesso di sviluppare la tecnica di trasferimento adiposo a livello della mammella, che abbiamo chiamato lipomodellamento della mammella [6,7], di valutare la sua efficacia e la sua tollerabilità e di mostrare l'assenza di effetti avversi clinici o radiologici. Infine, questi lavori hanno permesso di cancellare il tabù che pesava su questo argomento.

Lo scopo di questo articolo è di presentare la storia e l'evoluzione delle idee, la tecnica di lipomodellamento della mammella che utilizziamo, le indicazioni e le controindicazioni di questa tecnica, nonché le possibili complicanze di questa tecnica con i mezzi per prevenirle e trattarle.

■ Storia ed evoluzione delle idee

Primi tentativi

L'uso dei trasferimenti adiposi nella mammella è un concetto antico. Czerny ha descritto, in una comunicazione al congresso tedesco di chirurgia del 1895, il primo caso clinico di ricostruzione mammaria trasferendo un voluminoso lipoma nella mammella per riempire la perdita di sostanza di una tumorectomia in seguito all'exeresi di un fibroadenoma [8,9]. Alcuni autori hanno, in seguito, realizzato delle ricostruzioni o degli incrementi mammari con innesti composti fasciocutanei [10], innesto dermo-adiposo gluteo [11] o lembi adiposi pedunculati [12]. Sono stati proposti anche degli incrementi mammari mediante iniezione di grasso direttamente nelle mammelle [1,2,13] o riempiendo degli impianti di grasso [14]. È stato anche segnalato il caso di pazienti che avevano subito incrementi mammari mediante iniezioni di grasso omologo fresco proveniente da cadaveri [15,16].

In seguito ai lavori di Illouz [1] sulla liposuzione, che hanno permesso un importante sviluppo di questa tecnica e il suo ampio utilizzo nel mondo, è sorta la tentazione di usare il grasso proveniente da steatomerie per aumentare il volume delle mammelle, e Illouz utilizzava, peraltro, questa procedura. Analogamente, Fournier, nel 1991, ha descritto la sua tecnica di incremento mammario mediante iniezione di grasso [2]. Molti chirurghi erano scettici su questa tecnica, perché la tecnica dei trasferimenti adiposi efficaci era mal codificata. Inoltre, la diagnostica per immagini della mammella non era quella attuale e ogni tumefazione mammaria era potenzialmente un problema diagnostico e vi era un grande timore che i focolai di citosteatonecrosi disturbassero la diagnosi di un eventuale cancro della mammella.

Polemica

Bircoll, alla fine degli anni '80, ha proposto l'uso dei trasferimenti adiposi a livello della mammella [17], ma le sue pubblicazioni hanno scatenato rapidamente numerose reazioni di opposizione molto virulente [18-21]. I suoi detrattori sottolineavano il fatto che le iniezioni di grasso in una mammella nativa potevano causare microcalcificazioni e cisti che potevano interferire con l'individuazione di un cancro. Benché Bircoll sottolineasse, nella sua risposta [22-24], che le calcificazioni dopo trasferimenti adiposi sono diverse da quelle di una neoplasia per la loro posizione e il loro aspetto radiologico e che la chirurgia di riduzione mammaria è anch'essa causa di microcalcificazioni, il dibattito era partito sfavorevolmente e, nel 1987, l'ASPRS deliberava e si dichiarava sfavorevole all'uso dei trasferimenti adiposi a livello della mammella. Tale divieto della società americana ha portato, allora, a un arresto delle ricerche su questo argomento, fino ai nostri lavori, in particolare radiologici, che hanno permesso di modificare le vedute su questo argomento e di aprire la strada a una valutazione scientifica di questa tecnica.

Progressiva scomparsa delle controversie

L'efficienza dei trasferimenti adiposi a livello del viso [4,5], usati secondo i principi moderni di preparazione e trasferimento atraumatici raccomandati da Coleman [4,5], che noi utilizziamo in chirurgia estetica e in riparazione facciale, ci aveva dato l'idea di utilizzare il trasferimento adiposo a livello della regione mammaria nei seni ricostruiti. Così, i trasferimenti adiposi a livello della regione toracomammaria dal 1998 sono divenuti uno dei nostri principali temi di ricerca e di valutazione.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8805900>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8805900>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)