

CASO CLINICO DI UNA PAZIENTE OPERATA DI MASTECTOMIA CON RICOSTRUZIONE TRAMITE TRAMF

Ilaria Baldelli¹, Michela Massa¹, Carmelina Murolo², Pierluigi Santi¹

Riassunto

Viene presentato il caso di una paziente sottoposta a mastectomia radicale sinistra per carcinoma con successiva ricostruzione differita tramite lembo di retto dell'addome, risultata in completa perdita del lembo a causa di estesa necrosi, la cui rimozione ha reso necessaria la riparazione tramite lembo epigastrico. La paziente presentava un'ampia regione cicatriziale retraente che coinvolgeva tutta la regione mammaria sinistra e l'epigastrio omolaterale. Dopo numerosi tentativi per inserire e mantenere in sede l'espansore, la paziente è stata inserita nel protocollo di lipofilling. Gli effettivi e talora sorprendenti risultati da noi ottenuti clinicamente tramite la tecnica del lipofilling nella quasi totalità delle pazienti, ci ha indotto a ritenere opportuna anche in questo caso la valutazione dei miglioramenti strutturali dei tessuti trattati da un punto di vista strumentale (ecotomografia).

Keywords: mastectomia, lipofilling, tramf

Address of the authors:

¹ Servizio di Chirurgia Plastica, Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro di Genova, Italy

² Servizio di Diagnostica per immagini, Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro di Genova, Italy

Send correspondence:

Dr. Massa Michela

Email: michela.massa@yahoo.it

Received: February 14th, 2010

Revised: February 28th, 2010

Accepted: March 09th, 2010

Language of the Article: Italian.

No conflicts of interest were declared.

© CAPSULA EBURNEA, 2010

ISSN: 1970-5492

DOI: 10.3269/1970-5492.2010.5.15

Introduzione

Negli ultimi tre anni la tecnica del lipofilling è entrata a far parte della routine nel campo della ricostruzione della mammella effettuata sulle pazienti del nostro Istituto. Valutati gli effettivi e talora sorprendenti risultati ottenuti clinicamente nella quasi totalità delle pazienti da noi trattate e considerata la popolarità in letteratura e l'evoluzione della tecnica (1-4), abbiamo ritenuto opportuno valutare i miglioramenti strutturali dei tessuti trattati dal punto di vista strumentale, tramite ecotomografia (5). Di seguito si riporta il caso clinico di una giovane paziente la quale presentava un'estesa regione cicatriziale che venne trattata con diverse sedute di lipofilling.

Caso clinico

La paziente considerata in questo studio è stata sottoposta nel 2003, all'età di 34 anni, a mastectomia radicale sinistra. La ricostruzione della mammella asportata, di tipo differito, è stata effettuata nel 2006 mediante utilizzo di tessuti autologhi in quanto la paziente presentava abbondante tessuto addominale e godeva di buona salute.

Per motivi non chiari la ricostruzione è risultata in completa perdita del lembo di muscolo retto addominale, con necessità di riparare chirurgicamente la perdita di sostanza derivata dall'asportazione dell'area necrotica mediante lembo epigastrico sinistro. La paziente presentava quindi ampia regione cicatriziale retraente che coinvolgeva tutta la

regione mammaria sinistra e l'epigastrio omolaterale (fig. 1).

Data la giovane età della paziente, nel luglio 2007 si è deciso di tentare di inserire un espansore in regione sottopettorale, che però risultava, inferiormente, parzialmente sottocutaneo. Dopo poche settimane l'espansore si è esposto attraverso una deiscenza della ferita chirurgica. Sono seguiti numerosi tentativi per cercare di mantenere l'espansore in sede ma, dopo circa due mesi si è deciso di rimuovere l'espansore (settembre 2007) e aspettare la guarigione della ferita per poi decidere quale iter chirurgico attuare. In un secondo tempo la paziente è stata inserita nel protocollo del lipofilling della S.C. di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva del nostro Istituto e, in un periodo di tempo di circa un anno e mezzo è stata sottoposta a n°4 lipofilling, 3 in anestesia locale (AL) e 1 in anestesia generale (AG) preceduti da un'ecografia per valutare lo spessore dei tessuti cutanei e sottocutanei da trattare.

In particolare, si è proceduto come segue:

- Visita preoperatoria ed ecografica effettuata nel novembre 2007;
- 1° lipofilling effettuato nel dicembre 2007 (AL)
- 2° lipofilling effettuato ad aprile 2008 (AL)
- 3° lipofilling effettuato ad agosto 2008 (AG)
- 4° lipofilling effettuato a fine ottobre 2008 (AL)

L'esame ecografico è stato sempre eseguito nei giorni subito precedenti all'intervento di lipofilling (in questo modo l'ecografia veniva effettuata a circa tre mesi dal lipofilling precedente di cui il risultato poteva essere considerato stabilizzato), utilizzando lo stesso macchinario ed effettuato dallo stesso operatore. La regione da trattare è stata suddivisa in sei aree ognuna con caratteristiche cliniche omogenee (fig.2), come segue: Area 1, Area 2, Area 3 laterale, Area 3 mediale, Area 4, Area 5.

La paziente è stata posizionata ogni volta accuratamente in decubito supino, ruotata di 20° dal lato opposto all'esame, con braccio omolaterale sollevato dietro la testa. La tecnica chirurgica effettuata per tutti e quattro gli interventi ha previsto infiltrazione con soluzione di Klein (12ml di lidocaina, 6ml di sodio bicarbonato, ½ fiala di adrenalina in 500ml di soluzione fisiologica) nella zona di prelievo (fianco dx, fianco



Fig. 1: Visione preoperatoria dell'estesa regione cicatriziale.



Fig. 2: Suddivisione delle sei regioni da trattare tramite innesto di grasso autologo.



Fig. 3: Reinserimento del grasso mediante una sottile cannula da 1,5 mm di diametro.

sn, regione trocanterica dx, regione trocanterica sn). Il prelievo di cellule adipose dalle aree donatrici è stato ottenuto mediante una cannula da 3-mm tipo "Mercedes", collegata a una siringa Luer

lock da 10 cc, ottenendo una pressione negativa d'aspirazione ottimale per ottenere cellule ancora vitali e ideali per l'innesto in altra sede. Il tessuto adiposo è stato trattato mediante filtrazione e successivamente inserito nella zona da trattare mediante una sottile cannula da 1,5 mm di diametro con punta da 14-gauge (fig.3). Durante gli interventi abbiamo registrato la quantità di tessuto adiposo inserito in ogni regione, distribuito in maniera omogenea. La quantità totale innestata durante ogni intervento si aggira sui 50 cc di grasso. Il terzo intervento, effettuato in anestesia generale, è stato necessario per riuscire a scollare la regione cicatriziale retratta della regione mammaria centrale, classificata come area 3, che non era possibile effettuare a paziente sveglia. Dal punto di vista clinico la paziente riferisce netto miglioramento della "sensazione di vuoto" percepita prima degli interventi di lipofilling, avverte miglioramento della sensibilità e attenuazione dei fastidi parestesici legati a quella regione. Dal punto di vista obiettivo la regione appare effettivamente migliorata in spessore, trofismo, riduzione delle teleangectasie e morbidezza. Con l'aiuto dell'ecografia è stato valutato il miglioramento qualitativo dei tessuti, tramite la

misurazione dello spessore tra cute e fascia e dello strato sottocutaneo, in particolare delle aree maggiormente interessate dalla retrazione cicatriziale, ossia l'area 3, per comodità suddivisa in regione "laterale" (tab.1) e regione "mediale" (tab.2) e l'area 5 (tab.3).

Conclusioni

L'indagine ecografica mostra, in questa paziente, un graduale omogeneo incremento dello spessore del tessuto sottocutaneo, rispecchiato a livello clinico, da un graduale miglioramento generale della regione e soggettivo della paziente. In particolare, al 3° controllo si nota orizzontalizzazione del grasso. La paziente viene, in questo stadio, considerata nuovamente idonea ad effettuare procedura ricostruttiva standard mediante inserimento di espansore cutaneo (Fig.4). Nell'Aprile 2009 viene posizionato espansore mammario da 400cc di volume in sede parzialmente sottomuscolare e parzialmente sottocutaneo, gradualmente riempito fino a raggiungere un volume pari a 480cc (Fig.5). L'ultimo step della ricostruzione mammaria prevederà la sostituzione dell'espansore con protesi definitiva di circa 500cc di volume, senza adeguamento della mammella controlaterale.



Fig. 4: Miglioramento della cicatrice dopo le procedure di lipofilling. Viene programmato l'inserimento di un espansore mammario



Fig. 5: Visione postoperatoria dopo il posizionamento di un espansore mammario.

Tabella 1

Lipofilling n°	1	2	3	4
cc grasso	10	10	12,5	11
Controllo a circa 3 mesi: Cute-fascia (cm)	0,9	1,14	1,37	1,45
Controllo a circa 3 mesi: Sottocute (cm)	0,66	0,95	1,09	1,23

Tab.1: Risultato ecografico dell' area 3 laterale sottoposta a innesto di grasso. Valutazione a distanza di tre mesi dello spessore dello strato cute-fascia e dello strato sottocutaneo e quantità di grasso innestata per ogni seduta.

Tabella 2

Lipofilling n°	1	2	3	4
cc grasso	10	12,5	10	10
Controllo a circa 3 mesi: Cute-fascia(cm)	0,89	0,97	1,16	1,22
Controllo a circa 3 mesi: Sottocute (cm)	0,68	0,82	0,88	0,96

Tab.2: Misurazione ecografica dello spessore cute-fascia e del sottocute dell'area 3 mediale interessata dall'innesto di grasso e quantità di grasso innestata per ogni seduta.

Tabella 3

Lipofilling n°	1	2	3	4
cc grasso	6,5	7,5	3	6
Controllo a circa 3 mesi: Cute-fascia (cm)	0,60	0,89	1,07	1,16
Controllo a circa 3 mesi: Sottocute (cm)	0,39	0,68	0,89	0,98

Tab.3: Risultato ecografico del trattamento dell'area 5 tramite innesto di grasso. Una minor quantità di grasso è stata necessaria per questa area.

Bibliografia

1. Coleman SR, Saboeiro AP: Fat grafting to the breast revisited: safety and efficacy. *Plast Reconstr Surg.* 2007; 119:775-785.
2. Illouz YG, Sterodimas A: Autologous fat transplantation to the breast: a personal technique with 25 years of experience. *Aesthetic Plast Surg.* 2009; 33:706-715.
3. Kanchwala SK, Glatt BS, Conant EF, Bucky LP: Autologous fat grafting to the reconstructed breast: the management of acquired contour deformities. *Plast Reconstr Surg.* 2009;124:409-418.
4. Spear SL, Wilson HB, Lockwood MD: Fat injection to correct contour deformities in the reconstructed breast. *Plast Reconstr Surg.* 2005;116:1300-1305.
5. Khouri R, Del Vecchio D: Breast reconstruction and augmentation using pre-expansion and autologous fat transplantation. *Clin Plast Surg.* 2009;36:269-280.
6. Kim SM, Park JM: Mammographic and ultrasonographic features after autogenous myocutaneous flap reconstruction mammoplasty. *J Ultrasound Med.* 2004;23:275-282.

CASE REPORT OF A PATIENT WHO UNDERWENT POST-MASTECTOMY RECONSTRUCTION WITH TRAMF

A case report of a patient who underwent mastectomy followed by delayed reconstruction with Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous Flap, resulting in complete necrosis of the muscle, is presented. An epigastric flap was necessary to repair defects due to the removal of necrotic tissue. The patient presented a wide region of scar tissue, treated firstly placing an expander and later with several procedure of fat grafting, following the lipofilling protocol. The remarkable results obtained with fat grafting technique in almost all patients we treated, led us to evaluate structural improvements of tissues by Ultrasonography also in this case.

Keywords: mastectomy, lipofilling, tramf

CAPSULA EBURNEA, 5(15):88-92, 2010
