SICPRE
Società Italiana di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica

GTVER
Gruppo Triveneto-Emiliano Romagnolo di Chirurgia Plastica

PROSPETTO INFORMATIVO SULL'INTERVENTO DI

Addominoplastica

INFORMAZIONI GENERALI SULLA CHIRURGIA PLASTICA ESTETICA

Lo scopo della Chirurgia Plastica Estetica è quello di correggere difetti o dismorfie di varia natura. Chi si aspetta dalla Chirurgia Plastica Estetica trasformazioni miracolose è destinato ad inevitabili delusioni.
La Chirurgia Plastica Estetica comporta atti medici e chirurgici e, poiché la chirurgia non è una scienza esatta, non lo è nemmeno la Chirurgia Plastica Estetica. Si deduce che non può essere pronosticata in modo preciso la percentuale di miglioramento del difetto da correggere, l'entità e la durata del risultato e la qualità delle cicatrici residue. È necessario sottolineare che alcuni fattori condizionano il risultato finale: fra questi, in primo luogo, ma non solo, i processi di guarigione e di cicatrizzazione che continuano per mesi dopo l'intervento e non sono completamente controllabili dal Chirurgo né dal Paziente, le condizioni generali di salute e le abitudini di vita del Paziente, la sua età, le caratteristiche specifiche della pelle e del tessuto sottocutaneo, l'aspetto fisico e le influenze ormonali ed ereditarie. Tali elementi, insieme ad altri fattori, influenzano la variabilità del risultato finale. Ogni atto chirurgico, così come la Chirurgia Plastica Estetica, produce inevitabilmente sequele, di differente entità a seconda del tipo d'intervento e del caso specifico, che devono essere valutate prima di sottoporsi all'intervento: fra queste inevitabili sono le cicatrici. Il più delle volte, peraltro, a seguito di tali interventi, le ferite chirurgiche, situate lungo pieghe o solchi naturali, o comunque occultate per quanto possibile in sedi difficilmente accessibili allo sguardo, appaiono poco visibili, ma in realtà sono permanenti ed indelebili.
Talora, a causa di una particolare predisposizione individuale, di sopravvenute complicazioni post-operatorie o di una scarsa attenzione del Paziente ai suggerimenti impartiti, le cicatrici possono risultare di qualità scadente. È bene quindi ricordare che il Chirurgo Plastico può garantire solo delle ferite chirurgiche suturate con grande precisione, non delle cicatrici invisibili.
Come in qualsiasi tipo di chirurgia, anche in Chirurgia Plastica Estetica, sono possibili errori e complicanze. I primi, imprevedibili e indesiderabili, e le seconde, prevedibili e a volte inevitabili, rientrano fra i rischi che ogni Paziente deve considerare prima dell'intervento. Di conseguenza, per i suddetti motivi, pur rispettando le regole della Chirurgia Plastica, l'intervento potrebbe non determinare, seppure in casi particolari, il conseguimento degli obiettivi e del risultato auspicato che, di conseguenza, non può essere garantito o assicurato.

Finalità dell'intervento

L'intervento di addominoplastica viene eseguito per eliminare l'eccedenza di tegumento (cute e tessuto adiposo sottocutaneo) che può produrre alcuni evidenti inestetismi, quali pieghe e ondulazioni della pelle, o addirittura, nei casi più accentuati, un vero e proprio grembiule che ricopre la regione pubica.
Esso consiste nell'asportazione dell'eccesso di pelle e conferisce all'addome un aspetto più gradevole e naturale. Possono essere eliminati i disturbi presenti nei casi più accentuati, quali la dermatite, che spesso si verifica a livello delle pieghe inguinali, e la difficoltà nei movimenti o nella scelta degli indumenti.
All'asportazione della cute può essere associata, quando opportuna, quella del tessuto adiposo in eccesso, mediante tecnica di lipoaspirazione.
Nel caso coesista l'allontanamento (diastasi) dei muscoli retti (i muscoli a forma di nastro estesi dall'arcata costale al pube) può essere eseguita la loro sutura sulla linea mediana ed eventualmente il loro rinforzo mediante il posizionamento di una rete.
Qualora siano presenti delle ernie causate da cedimenti della parete addominale, devono essere riparate nel corso dell'intervento di addominoplastica. In questi casi può rendersi necessario l'impianto di una rete di contenzione che ricostituisce la continuità della parete addominale.
Alla prominenza dell'addome può contribuire:
- uno scarso tono muscolare che non può essere cor-

retto chirurgicamente ma, in caso, almeno parzialmente recuperato con una specifica attività fisica. Ai fini della definizione dei possibili risultati ottenibili, la programmazione dell'intervento deve tenere conto di tale fattore. In altri termini la presenza di uno scarso tono muscolare impedisce di garantire, con l'intervento, un "addome piatto";
- un'eccessiva adiposità e/o distensione dei visceri migliorabili solamente con la dieta.

Deve essere ancora ricordato che in alcuni casi la prominenza dell'addome è dovuta alla presenza di un accumulo di tessuto adiposo, con tessuti di discreta o buona elasticità; in questi casi è preferibile procedere con una semplice lipoaspirazione che di per sé può dare, nelle corrette indicazioni, un buon risultato estetico. Se ad almeno 4-6 mesi dalla lipoaspirazione si rendesse evidente un cedimento dei tessuti, potrà essere considerata l'opportunità di un intervento di addominoplastica.

PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO

Qualora esista un sovrappeso è preferibile, prima di programmare l'intervento, perseguire un opportuno calo ponderale attraverso un regime dietetico e di attività motoria indicato dallo specialista.
L'intervento non deve essere eseguito in Pazienti gravide; in caso di dubbio, devono essere effettuate le indagini specifiche.
Prima dell'intervento dovranno essere consegnati i referti delle analisi e degli esami pre-operatori prescritti, che possono includere anche un'ecografia e/o TAC (tomografia assiale computerizzata) addominale e prove di funzionalità respiratoria. Un eventuale eco-doppler degli arti inferiori può essere richiesto in presenza di fattori di rischio per tromboembolia.
In taluni casi, tre settimane circa prima dell'intervento può essere opportuno eseguire una o due donazioni di sangue da effettuare presso un Centro Emotrasfusionale; se necessario, le unità di sangue verranno infuse nel corso dell'intervento o nel post-operatorio al fine di ridurre l'anemia. Una metodica alternativa, con la stessa finalità, consiste nell'esecuzione di un prelievo di sangue immediatamente prima dell'intervento che viene poi reinfuso durante o immediatamente dopo l'atto chirurgico. Dovranno essere segnalate eventuali terapie farmacologiche in atto (in particolare con cortisonici, contraccettivi, antiipertensivi, cardioattivi, anticoagulanti, ipoglicemizzanti, antibiotici, tranquillanti, sonniferi, eccitanti), terapie omeopatiche e fitoterapiche e segnalate possibili allergie ad antibiotici e farmaci in genere.
Un mese prima dell'intervento viene sospesa la terapia ormonale estroprogestinica ("pillola"), in modo da avere un mese con ciclo regolare senza assunzione di ormone, per diminuire i rischi di tromboembolia.
Almeno due settimane prima dell'intervento viene evitata l'assunzione di medicinali contenenti acido acetilsalicilico (tipo Aspirina) e deve essere evitata la contemporanea assunzione di anticoagulanti orali e, comunque, il proseguimento di tali terapie deve essere concordato con il Medico Curante.
Per quanto riguarda la contemporanea assunzione di sostanze come eparina a basso peso molecolare, la sospensione o meno andrà adeguatamente discussa con il Chirurgo.
Almeno un mese prima si raccomanda di sospendere il fumo, che ha influenze decisamente negative sulla vascolarizzazione cutanea e del grasso.
Il giorno precedente l'intervento deve essere effettuato un accurato bagno di pulizia completo, asportato lo smalto dalle unghie delle mani e dei piedi e depilata la regione inguino-pubica.
Prima dell'intervento deve essere osservato digiuno di almeno 8 ore da cibi solidi e bevande.
Il giorno dell'intervento è consigliato indossare indumenti con maniche comode e completamente apribili sul davanti e calzature senza tacco.
Sarà prescritta una guaina o pancera elastica da indossare dopo l'intervento.

ANESTESIA

L'intervento viene eseguito in anestesia generale o, nei casi di minor impegno, in anestesia peridurale oppure in anestesia locale e sedazione.

MODALITÀ E DURATA DELL'INTERVENTO

Di norma si procede all'incisione trasversale della cute sovrapubica, prolungata lateralmente in direzione dei fianchi più o meno estesamente secondo i casi. Attraverso l'incisione, la pelle ed il grasso vengono scollati dalla parete muscolare. Nel caso in cui si debbano correggere solo lievi eccessi di cute sopra il pube lo scollamento giungerà in alto fino all'ombeli-

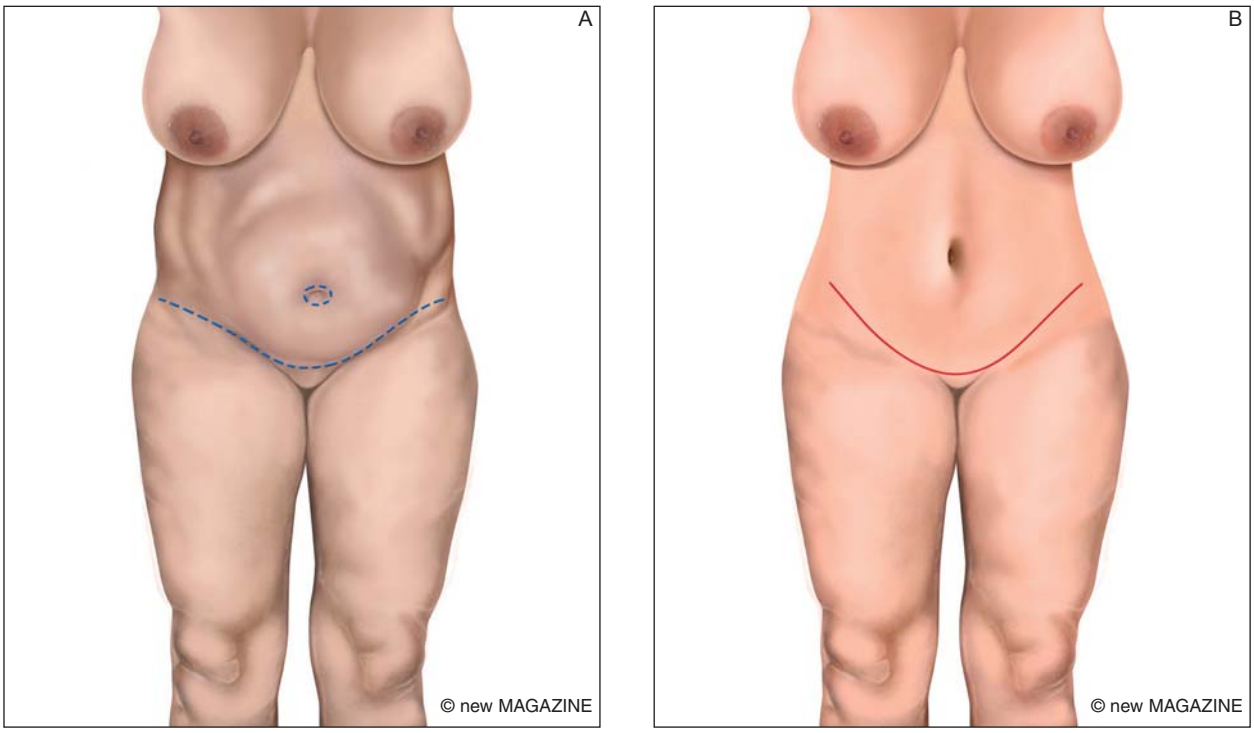

Figura 43. Addominoplastica con cicatrice sovrapubica: aspetto pre-operatorio (A) ed aspetto post-operatorio (B).

co (cosiddetta "*mini-addominoplastica*"). Qualora, invece, sia opportuno intervenire su tutta la superficie addominale per la presenza, ad esempio, di eccessi di pelle attorno o sopra l'ombelico, lo scollamento procede in alto fino all'arcata costale, implicando il disinserimento ed il reinserimento dell'ombelico.
Dopo l'eventuale riparo di ernie ed il rinforzo della parete muscolare con rete o semplici suture, si asporta l'eccesso di pelle; il tegumento residuo viene stirato verso il basso ed i margini cutanei suturati lungo la linea dell'incisione sovrapubica iniziale.
Di norma prima della chiusura finale si posizionano drenaggi, che fuoriescono dalla regione del pube, che hanno la funzione di evacuare eventuali raccolte liquide di sangue o siero.
In alcuni casi particolari, la presenza di cicatrici addominali da precedenti interventi chirurgici rende opportuno modificare il programma operatorio; ad esempio, in caso esista una cicatrice verticale lungo la parte centrale dell'addome, l'intervento di addominoplastica può essere eseguito incidendo i tegumenti anche lungo tale linea.
Le suture vengono di norma e per quanto possibile eseguite con punti interni, per rendere meno evidenti le cicatrici; ogni accuratezza viene posta nell'esecuzione delle suture. Viene realizzata una medicazione.
Qualora siano presenti accumuli adiposi ai fianchi o in presenza di un pannicolo adiposo importante, può essere indicato associare una lipoaspirazione.
La correzione degli eccessi cutanei e adiposi estesi ai fianchi ed alla regione lombare rende opportuna l'estensione degli interventi di lipoaspirazione e di asportazione dei tessuti con le modalità sopra descritte con prolungamento delle cicatrici in queste aree (torsoplastica o addominoplastica circonferenziale).
L'intervento ha durata variabile fra le due e le quattro ore secondo i casi.
Come spesso accade in Chirurgia Plastica, si tratta di intervento complesso e non di uniformità routinaria, nel senso che la procedura non è completamente standardizzabile, bensì viene personalizzata sulla base delle caratteristiche individuali.

DECORSO POST-OPERATORIO

Nel periodo post-operatorio potrà essere avvertita in regione addominale una certa tensione, che regredirà

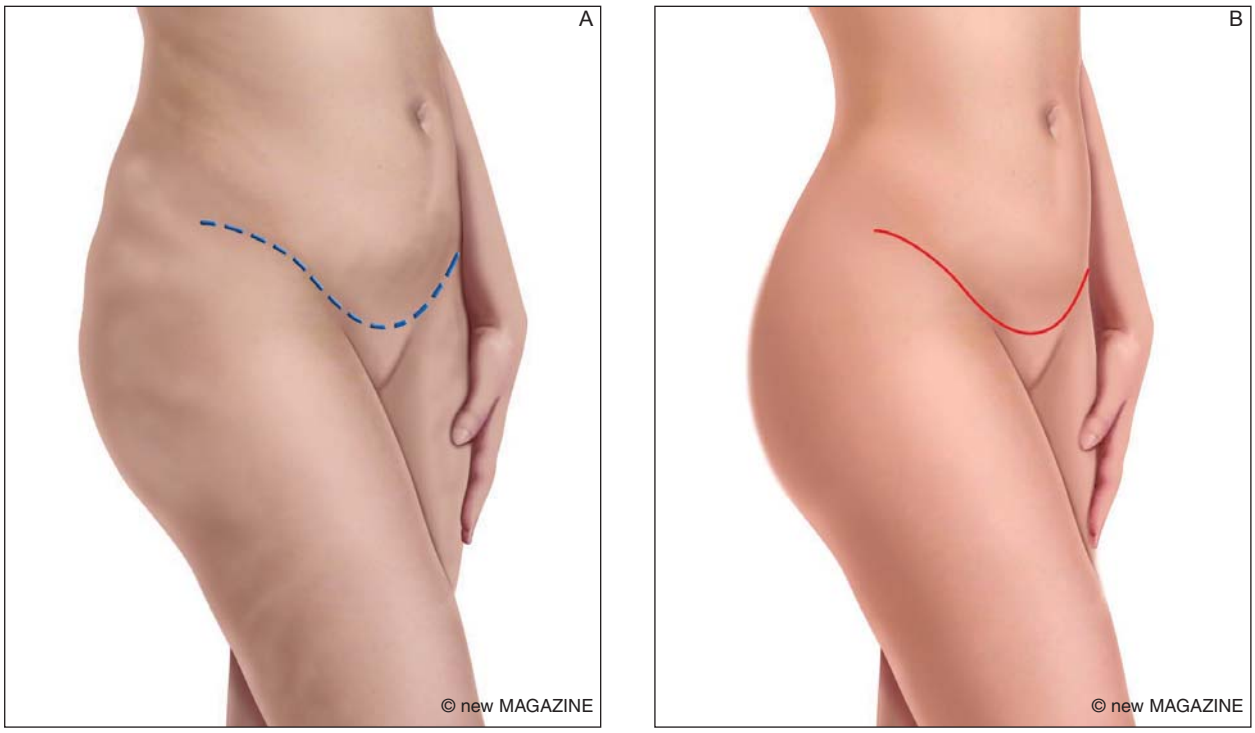

Figura 44. Addominoplastica con cicatrice sovrapubica: aspetto pre-operatorio (A) ed aspetto post-operatorio (B).

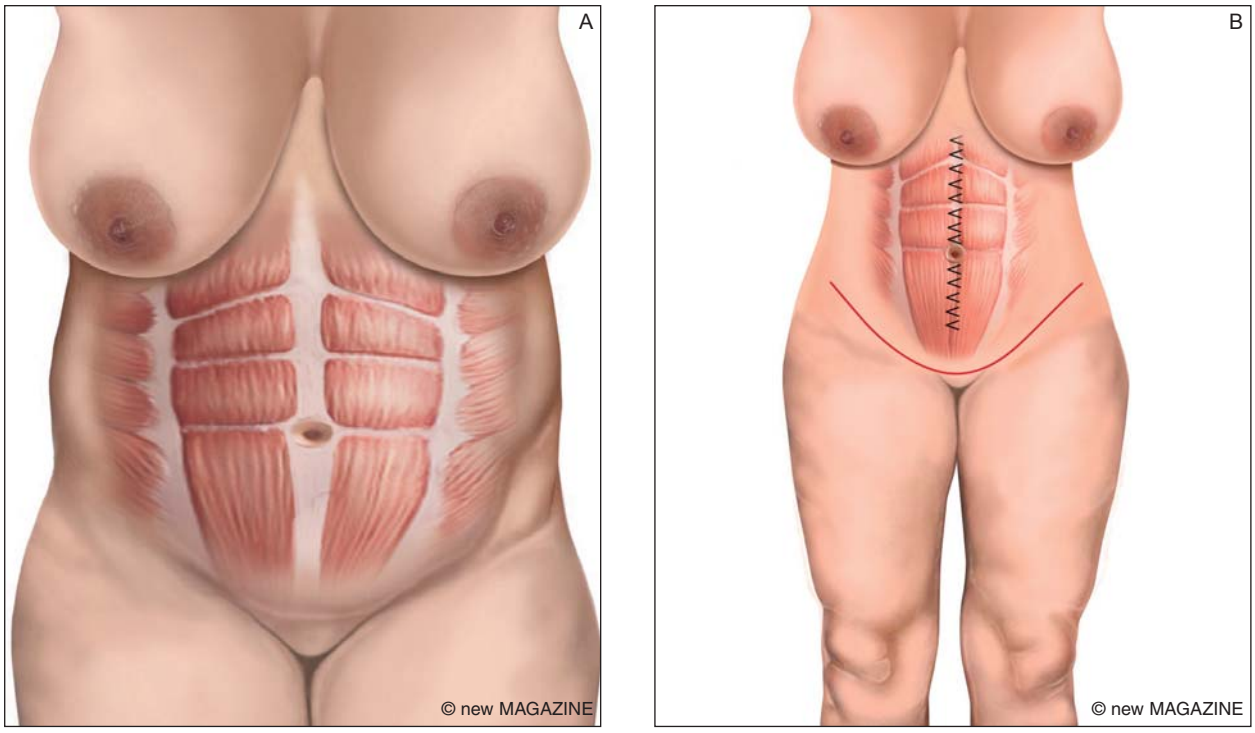

Figura 45. Fascioplastica: aspetto pre-operatorio (A) ed aspetto post-operatorio (B).

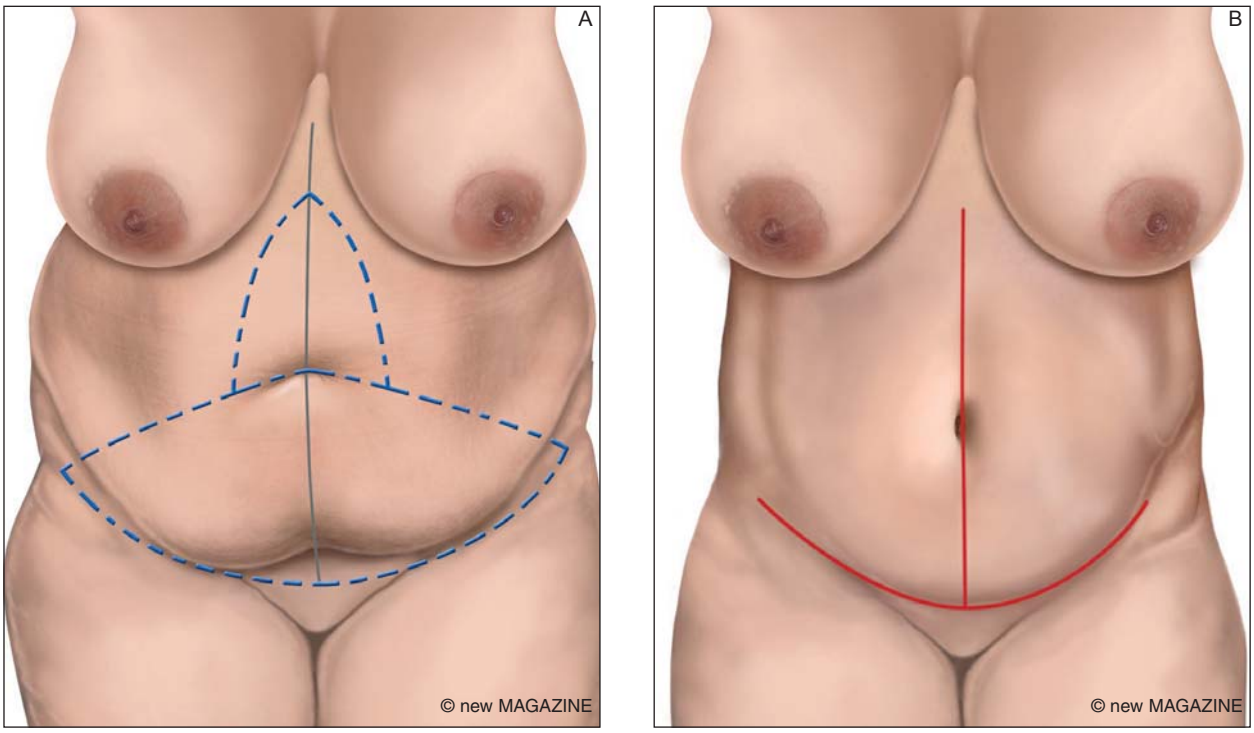

Figura 46. Addominoplastica con cicatrice a “T rovesciata”: aspetto pre-operatorio (A) ed aspetto post-operatorio (B).

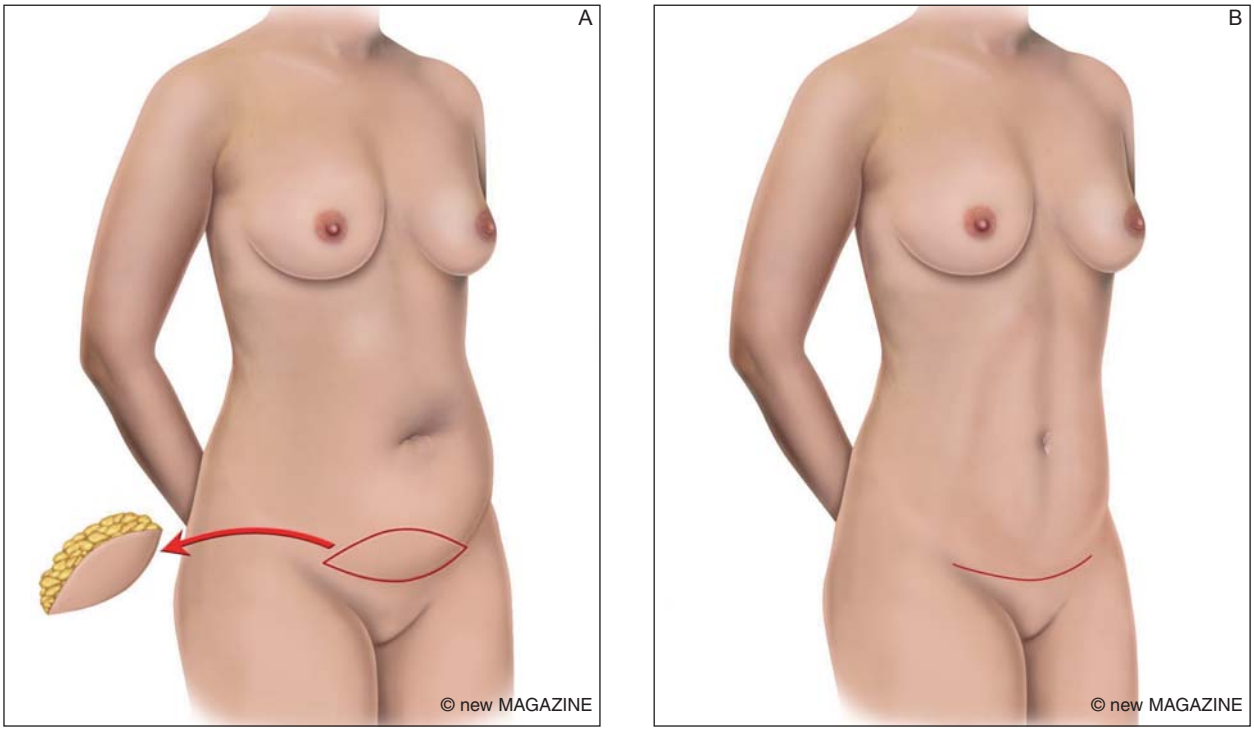

Figura 47. Mini-addominoplastica: aspetto pre-operatorio (A) ed aspetto post-operatorio (B).

spontaneamente nel giro di pochi giorni o di qualche settimana; è bene evitare sforzi ed estensioni del tronco nei primi giorni.
I drenaggi vengono rimossi generalmente da 12 ore a qualche giorno dopo l'intervento; le medicazioni possono essere lasciate in sede per qualche giorno. Tale medicazione non dovrà essere né rimossa, né bagnata.
È consigliabile mantenere le cosce flesse sulle anche durante il riposo a letto con un cuscino sotto le ginocchia, per mantenere semiflesso il tronco sulle gambe, evitando così trazioni lungo la linea di sutura, e camminare col busto leggermente piegato in avanti nelle prime giornate dopo l'intervento.
Al fine di rendere minimo il rischio di tromboembolie è molto importante la mobilizzazione degli arti inferiori immediatamente dopo l'intervento e la deambulazione il più precocemente possibile.
Dovrà essere eseguita, quando il Chirurgo lo riterrà opportuno, una terapia per la prevenzione della tromboembolia da protrarre per qualche settimana.
È assolutamente consigliata l'astensione dal fumo per almeno una settimana: colpi di tosse in questo periodo potrebbero indurre sanguinamenti a livello della parte operata, oltre a provocare maggiore dolore; inoltre, il fumo ostacola i processi di guarigione delle ferite.
Per i primi 4-5 giorni post-operatori dovrà proseguire l'assunzione di antibiotici, nel caso ciò sia ritenuto opportuno. La presenza di un rialzo febbrile è frequente e non è strettamente indice di infezione; puntate febbrili superiori a 38 °C devono invece essere segnalate tempestivamente al Chirurgo.
Per le prime 2 settimane non dovrà guidare veicoli. I punti di sutura esterni verranno rimossi 7-15 giorni dopo l'intervento. La prima doccia di pulizia completa potrà essere praticata solo dopo tale periodo.
Gonfiori e lividi sono normalmente presenti per almeno 2 settimane e possono estendersi spesso alla regione pubica, genitale ed alle cosce.
Per le prime 4 settimane dovrà evitare di compiere ampi movimenti con il tronco; dovrà inoltre astenersi dall'attività sessuale, che potrà essere ripresa dopo tale periodo.

PRECAUZIONI DURANTE LA CONVALESCENZA

Dopo la rimozione dei punti potrà essere ripresa l'attività lavorativa, possibilmente con ritmi moderati.
Per circa un mese si dovrà evitare l'attività sportiva e l'esposizione diretta al sole o a eccessive fonti di calore (ad esempio, sauna, lettini abbronzanti, ecc.). Durante tale periodo, inoltre, potrà essere consigliato di indossare notte e giorno la guaina elasto-compressiva.

POSSIBILI COMPLICAZIONI

Qualsiasi procedura chirurgica, per quanto di modesta entità ed eseguita su Pazienti in buone condizioni generali, comporta la non prevedibile possibilità di complicazioni generali.
Statisticamente si può affermare che in persone in buone condizioni generali, i cui esami clinici preoperatori non dimostrino alterazioni significative, l'insorgenza di complicazioni gravi o gravissime è rara.
L'addominoplastica può dare luogo a complicazioni sia anestesiologiche (che verranno discusse durante il colloquio con il Medico Anestesista) che post-chirurgiche generali, nonché a complicazioni specifiche.
Fra le COMPLICAZIONI DI CARATTERE GENERALE, non legate cioè solo a questo intervento, ma possibili in ogni intervento chirurgico, sono da ricordare l'emorragia, l'infezione, l'ematoma, il sieroma, la deiscenza di parte delle suture e la tromboembolia.

- Un modesto *sanguinamento* della ferita rientra nella normalità. Se di entità importante (*emorragia*) può richiedere un reintervento chirurgico.
- L'*infezione* si manifesta con dolore, arrossamento della pelle e gonfiore accompagnati o meno da febbre e viene trattata generalmente con antibiotici, medicazioni locali e, solo raramente, richiede un intervento chirurgico. Può determinare perdita di tessuto e conseguenti cicatrici di scadente qualità e/o alterazioni della superficie dell'addome.
- La formazione di *ematomi* (raccolte di sangue in profondità) o *sieromi* (raccolte di siero) si può verificare nei primi giorni dopo l'intervento. L'ematoma si manifesta con l'insorgenza di possibili aumenti di volume o di dolori in sede di intervento; il sieroma si manifesta con una sintomatologia meno acuta e più tardiva. Il posizionamento di drenaggi è finalizzato a limitare il rischio di tali complicazioni. A volte possono richiedere l'aspirazione con siringa o l'evacuazione mediante riapertura di un tratto della ferita chirurgica.
- La riapertura spontanea della ferita (*deiscenza*) può avvenire in zone di aumentata tensione ed è più fre-

quente nelle Pazienti diabetiche e fumatrici. Spesso guarisce spontaneamente con medicazioni; più raramente necessita di una nuova sutura.
- Le *flebiti* e le *tromboembolie* sono rare, soprattutto in Pazienti a basso rischio, se mobilizzati precocemente. L'incidenza aumenta qualora sia associata una liposuzione. Sarà prescritta una profilassi farmacologica per ridurne il rischio.

Fra le COMPLICAZIONI SPECIFICHE dell'addominoplastica sono da segnalare la liponecrosi, la necrosi cutanea e la necrosi dell'ombelico.
- La necrosi di una parte del grasso addominale (*liponecrosi*, cioè morte delle cellule adipose) si può manifestare precocemente con la fuoriuscita di liquido oleoso dalla ferita chirurgica, ovvero a distanza di tempo con la possibile formazione di noduli fibrosi, indurimenti e calcificazioni e/o con un avvallamento della superficie dell'addome, spesso asintomatici, solo raramente francamente fastidiosi.
- Dopo l'addominoplastica di entità cospicua può verificarsi, anche se di rado, la *necrosi di parte o tutto l'ombelico*. Tale evenienza richiede un iniziale trattamento conservativo con medicazioni, seguito, se opportuno, a distanza di tempo da un intervento in anestesia locale per la ricostruzione dell'ombelico.
- Sono possibili, specialmente nei fumatori o qualora l'addominoplastica sia associata a lipoaspirazione, *necrosi cutanee* del lembo addominale, in particolare a livello sovrapubico, dove maggiore è la tensione, che potranno essere trattate con medicazioni e/o con un successivo intervento, prolungando i tempi di guarigione.

RISULTATI

L'effetto migliorativo dell'addominoplastica risulta immediatamente visibile al Chirurgo già durante l'intervento, ma il risultato definitivo risulta pienamente apprezzabile sei mesi circa dopo.
In alcuni casi, passato tale periodo può essere necessaria una correzione chirurgica per eliminare eventuali imperfezioni residue. Il risultato dell'intervento è permanente, nel senso che il tessuto asportato non si riforma. Peraltro, col passare degli anni i normali processi di invecchiamento cutaneo, gravidanze e stili di vita non corretti, possono comportare un'alterazione della forma della parete addominale.
Gli inestetismi cutanei preesistenti scompariranno solo se compresi nella porzione asportata.

CICATRICI ED ALTRE SEQUELE

Inevitabilmente l'intervento produce delle cicatrici cutanee, la cui estensione e posizione dipende dalle dimensioni originarie della parete addominale, dalla quantità di tessuto asportato e dalla tecnica chirurgica utilizzata.
Addominoplastiche di modica entità (cosiddette "mini-addominoplastiche") comportano una cicatrice sovrapubica breve, che deborda dalla linea di inserzione del pelo pubico solo di pochi centimetri.
In seguito ad interventi di maggiore estensione può esitare, oltre alla cicatrice circolare in seguito allo spostamento dell'ombelico, una cicatrice sovrapubica che si estende lateralmente fino ai fianchi. In taluni casi, per limitare l'estensione laterale della cicatrice, è possibile lasciare, in corrispondenza delle sue estremità, un surplus cutaneo ("orecchio di cane"), che con il passare dei mesi tende a spianarsi, almeno in parte, spontaneamente; l'eventuale eccesso cutaneo residuo potrà essere rimosso in anestesia locale allungando la cicatrice solo di pochi centimetri.
In alcuni casi non si può escludere, in aggiunta alle precedenti, anche una breve cicatrice verticale sovrapubica.
A seguito di addominoplastiche di grande entità può esitare, oltre alle precedenti, una cicatrice verticale estesa dal pube all'ombelico o, eventualmente, fino alla sterno (cicatrice a T invertita).
La simmetria delle cicatrici sui due lati non può essere garantita sia a causa di preesistenti asimmetrie di forma dell'addome, sia per fenomeni di retrazione che possono provocarne uno spostamento.
La retrazione della cicatrice periombelicale può provocarne a volte un evidente restringimento.
All'intervento possono esitare un'asimmetria della forma o del volume dell'addome e del pube, o della posizione o forma dell'ombelico. Tali difetti possono talora risultare difficilmente correggibili.
La qualità delle cicatrici varia con il passare dei mesi e dipende in gran parte dalla reattività cutanea individuale. Generalmente la loro visibilità diminuisce con il tempo.
Peraltro, taluni Pazienti, a causa di una eccessiva reattività cutanea, possono sviluppare cicatrici arrossate o rilevate e perciò facilmente visibili, che durano

diversi mesi o sono permanenti (cicatrici ipertrofiche) o cicatrici "allargate" di colore normale (cicatrici ipotrofiche). Si tratta di un'evenienza non prevedibile, seppure di raro riscontro. Cicatrici non estetiche e di cattiva qualità possono essere corrette con trattamento medico o con un intervento, dopo un congruo periodo di tempo (6-12 mesi dall'intervento).
In casi di particolare predisposizione individuale le cicatrici si estendono oltre i limiti dell'incisione chirurgica (cheloidi) e rappresentano un processo patologico di difficile trattamento.
La sensibilità della pelle ed in particolare dell'ombelico potrà rimanere alterata (diminuzione della sensibilità, formicolii) per un periodo di mesi o anche di alcuni anni; di rado in modo permanente. Tali alterazioni della sensibilità, imprevedibili, possono verificarsi in modo diverso su aree diverse dell'addome. In alcuni casi possono verificarsi discromie cutanee e pigmentazioni anche permanenti.

METODI ALTERNATIVI

Non esistono alternative non chirurgiche alla riduzione dell'eccesso adiposo e cutaneo della parete addominale. Tecniche opzionali di addominoplastica sono: l'addominoplastica verticale (la rimozione dell'eccesso è trasversale con cicatrice verticale xifo-pubica) e l'addominoplastica invertita (la rimozione dell'eccesso, localizzato prevalentemente sopra l'ombelico, avviene con un'incisione a livello sottomammario).

La SICPRE ringrazia i colleghi e soci Bruno Azzena, Alessandro Casadei, Daniele Fasano, Eugenio Fraccalanza, Pier Camillo Parodi, Mauro Schiavon e Luca Siliprandi del Gruppo Triveneto-Emiliano Romagnolo di Chirurgia Plastica (GTVER), autori del libro "Il consenso informato consapevole in Chirurgia Plastica Estetica" (ISBN 978-88-8041-059-1), edito dalla casa editrice new MAGAZINE, da cui è tratto questo prospetto informativo.