

Speciale chirurgia estetica

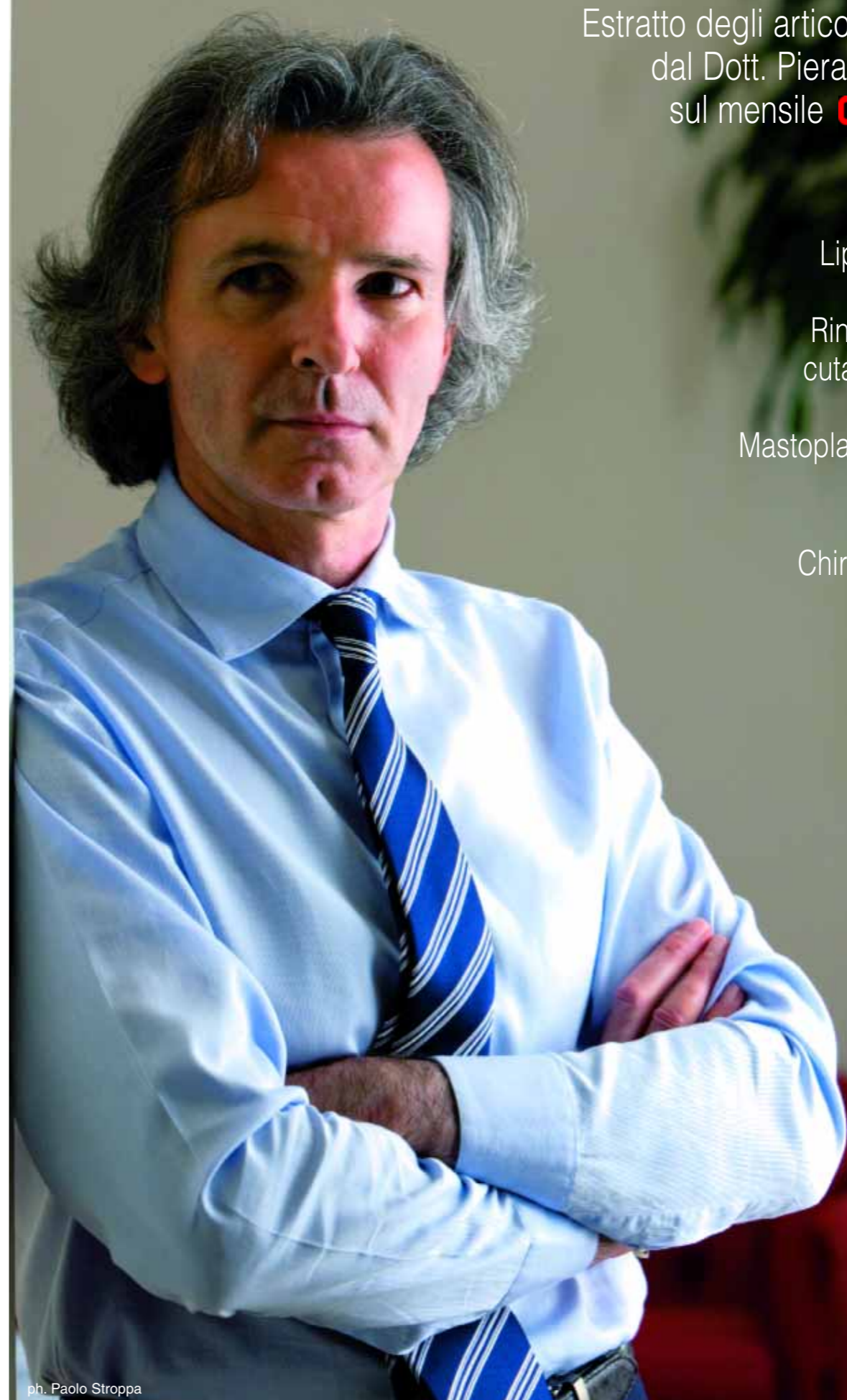
Estratto degli articoli pubblicati
dal Dott. Pierangelo Bosio
sul mensile **QU**Brescia

Rubriche mensili
Lipoaspirazione

Ringiovanimento
cutaneo del volto

Mastoplastica additiva

Interviste
Chirurgia estetica
Globesità



Dott. Pierangelo Bosio
Contrada delle Bassiche, 28 BS - Tel. 030 49794 - www.pierangelobosio.it - info@pierangelobosio.it

ph. Paolo Stroppa

Sommario

pag. 2

Tocco di bellezza

panoramica generale sulla chirurgia estetica

pag. 5

La Lipoaspirazione

pag. 6

Ringiovanimento cutaneo del volto

pag. 7

La mastoplastica additiva

pag. 8

Mastopessi e Mastoplastica riduttiva

pag. 9

La chirurgia estetica del volto

pag. 10

Lipofilling: Trapianto Autologo di Tessuto Adiposo

pag. 11

L'Addominoplastica

Dott. Pierangelo Bosio

Contrada delle Bassiche, 28 BS - Tel. 030 49794 - www.pierangelobosio.it - info@pierangelobosio.it

Sommario

pag. 12

Bellezza in un tocco

articolo dedicato alle donne e alla loro estetica

pag. 16

Lifting di coscia e di braccia

pag. 17

Globesità

pag. 20

Oncoplastica: ricostruzione mammaria post-mastectomia

pag. 21

La chirurgia estetica del corpo

pag. 24

Chirurgia estetico funzionale del naso

pag. 26

La chirurgia del seno

pag. 30

La chirurgia estetica del volto: il lifting facciale

Per inaugurare il nuovo spazio informativo dedicato al mondo della Medicina e della Salute, iniziamo da una Specialità sempre più richiesta: la Chirurgia Estetica, con l'aiuto del Dott. Pierangelo Bosio, Responsabile del Servizio di Chirurgia Plastica, Ricostruttiva ed Estetica presso l'Istituto Clinico S. Anna di Brescia. Dai dati emerge che la Chirurgia Estetica, nonostante la crisi economica e l'introduzione dell'Euro, è in continuo aumento. Si stima che nel nostro Paese vengano effettuati circa 500.000 interventi all'anno e che il numero complessivo delle operazioni sia raddoppiato negli ultimi 10 anni in Italia, così come nel resto d'Europa e Stati Uniti. Il rapporto Femmine/Maschi è 70/30 con una costante erosione da

Tocco di bellezza

ph. Matteo Marioli

parte della componente maschile.

Quali sono i motivi di questa crescente richiesta di Chirurgia Estetica?

“Sono essenzialmente da ricondurre a migliorate condizioni socio-economiche che, complessivamente, sono superiori a qualche decennio fa quando la Chirurgia estetica era ad appannaggio solo del Jet-set prima e poi delle classi sociali medio-alte. Attualmente, anche in virtù del contenimento dei prezzi (aumentando fortemente la domanda sono fisiologicamente diminuiti) e delle varie possibilità di pagamento (dilazionato o finanziato), la Chirurgia Estetica è veramente alla portata di tutti”.

Non solo immagino...

“No infatti. Sono da considerare anche il progressivo allungamento della vita media, e l'esplosione del Fitness (non solo tra i giovani ma e soprattutto tra 50-60 anni), quindi alla cura del proprio corpo e per ultimo alla ricerca del Benessere fisico e psichico (il cosiddetto Wellness). Quindi non solo richiesta di Salute come stato di assenza di malattia ma (e qui la grande svolta) richiesta di benessere psico-fisico come stato di assenza di disagio psicologico”.

Quali sono gli interventi più richiesti?

“Sicuramente al primo posto c'è la Chirurgia del Seno con i suoi classici interventi: Mastoplastica Additiva (aumento del seno con impiego di protesi), Mastopessi (correzione della ptosi mammaria), Mastoplastica riduttiva (riduzione del volume del seno), la Ricostruzione mammaria post-mastectomia ed il trattamento della Ginecomastia (aumento di volume della ghiandola mammaria maschile)”.

Perché la Chirurgia del seno ?

“Per un motivo molto semplice: da sempre il Seno rappresenta il simbolo della femminilità e l'organo principale della seduzione”.

Continuando...

“La Chirurgia del corpo: la Lipoaspirazione che consente di asportare il tessuto adiposo sottocutaneo in eccesso, l'Addominoplastica per rimodellare la parete addominale attraverso la plastica dei muscoli e l'eliminazione del tessuto adiposo in eccesso, il Lifting di coscia per ridefinire il terzo

LA CHIRURGIA ESTETICA:
LA PAROLA
AL DOTT. PIERANGELO BOSIO.

Pierangelo Bosio

1981 Laurea in Medicina e Chirurgia Università degli Studi di Milano; abilitazione alla professione medico chirurgica Università degli studi di Modena e iscrizione Albo Ordine dei Medici di Brescia.

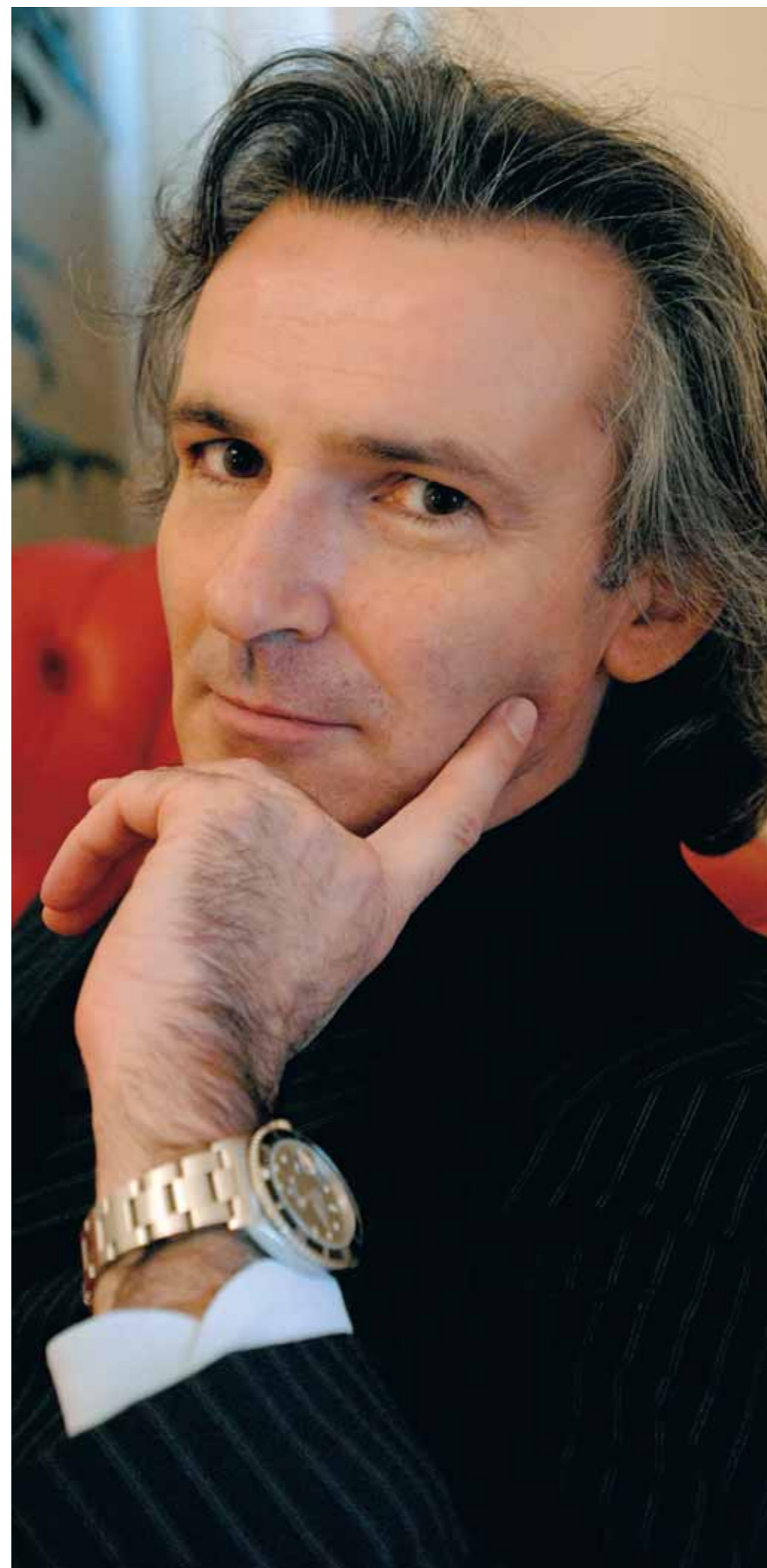
1986 Specializzazione in Chirurgia d'Urgenza e Pronto Soccorso Università degli Studi di Milano.

1988 Membro della S.C.E.I. (Società di Chirurgia Estetica Italiana) e della F.E.S.N.C.E. (Federazione Europea Società Nazionali di Chirurgia Estetica).

1996 Nomina a Segretario Nazionale della S.C.E.I. (carica che ricopre dal Marzo 1996 al Maggio 2001), nello stesso periodo è responsabile scientifico ed organizzativo di tutta l'attività congressuale della Società 2002 Presidente della S.I.M.C.E. (Società Internazionale di Medicina e Chirurgia Estetica).

2002 Segretario della S.I.T.O. (Società Italiana per il Trattamento dell'Obesità)

Responsabile Servizio Chirurgia Plastica - Casa di Cura S. Anna - Brescia. Ha partecipato in qualità di relatore ed operatore a numerosi Congressi Nazionali ed Internazionali. Ha frequentato numerosi Corsi Teorico - Pratici di perfezionamento in Chirurgia Estetica in Italia ed all'Estero. È autore di numerose pubblicazioni scientifiche sulle tematiche della Chirurgia Generale ed Estetica. È autore di brevetti internazionali nel campo della Chirurgia Estetica. Dal 1985 si occupa di Chirurgia Distrettuale dell'Obesità e del Ripristino dell'Immagine Corporea post - dimagrimento. È promotore e socio fondatore della Società Italiana per il Trattamento dell'Obesità (SITO).



supero-mediale della coscia e quello delle braccia con asportazione dell'eccesso di cute e grasso”.

E riguardo al viso?

“La Chirurgia del Volto attraverso la Blefaroplastica (asportazione dell'eccesso di cute e rimozione delle borse adipose a livello delle palpebre), il Lifting Cervico-facciale (asportazione dell'eccesso di cute a carico del distretto cervico-facciale)”.

Può darci qualche indicazione in più?

“La Blefaroplastica e il Lifting rappresentano i rimedi chirurgici antiinvecchiamento (anti-age), e possono essere associati a trattamenti medici quali: Peeling, Laser, Dermal Fillers, Tossina botulinica (approccio combinato medico-chirurgico per il ringiovanimento cutaneo del volto)”.

E altri interventi non legati a fenomeni di invecchiamento cutaneo?

“Abbiamo la Rinoplastica (rimodellamento della piramide nasale), l'Otoplastica (correzione dell'orecchio ad ansa o a sventola), la Malaroplastica (aumento degli zigomi), la Mentoplastica (impianto di protesi mentoniera per il trattamento del mento sfuggente) e la Cheiloplastica (modellamento delle labbra)”.

Una precisazione: quali sono le differenze tra Chirurgia plastica e Chirurgia estetica?

“La Chirurgia Plastico-Ricostruttiva si occupa principalmente del trattamento di patologie, congenite o acquisite quali la Labiopalatoschisi (labbro leporino), lesioni traumatiche, ustioni, ricostruzioni mammarie post-mastectomia, etc. Viceversa, la Chirurgia Estetica ha come fine il miglioramento di inestetismi che, pur non costituendo uno stato di patologia organica (gibbo nasale, orecchie a sventola, asimmetria mammaria, etc), possono determinare un disagio psicologico ed evolvere, in alcuni casi, in vere e proprie psicopatologie come la Dismorfofobia (la non accettazione di se) con gravi disturbi comportamentali. In ragione di ciò, non si parla più di Chirurgia estetica ma di Chirurgia Estetico-funzionale”.

Considerata la delicatezza degli interventi e l'importanza di osservare un elevato standard igienico-sanitario, quali consigli e raccomandazioni è importante suggerire a coloro che intendono sottoporsi ad interventi di questo tipo?

“Poiché gli interventi di Chirurgia Estetica sono assimilabili in tutto e per tutto agli interventi di Chirurgia generale o di altre specialità, devono essere affrontati allo



In questa fotografia un esempio di lifting cervico-facciale

stesso modo seguendo quelle poche norme che regolano l'iter chirurgico di questi pazienti, cioè affidandosi ad un medico di fiducia che operi in una struttura sicura (pubblica o privata che sia), diffidare dalla Chirurgia Low cost, e dai chirurghi itineranti (se succede qualche imprevisto non si sa mai a chi rivolgersi). In poche parole basta un po' di buon senso".

Parlando di costi, tutti gli interventi sono a pagamento?

"Tutti gli interventi di Chirurgia plastico-ricostruttiva (tipo Ricostruzione mammaria post-mastectomia) sono a carico del SSN ma anche altri interventi di Chirurgia Estetica(Grave asimmetria mammaria, Agenesia della ghiandola mammaria, Gigantomastia, Ventre pendulo, etc) possono essere eseguiti in regime di convenzione se assumono carattere di patologia (un seno troppo grosso può determinare lesioni da sovraccarico meccanico a livello del rachide cervico-dorsale oppure dermatiti croniche a carico del solco sottomammaria). Gli interventi puramente estetici sono chiaramente a totale carico del paziente".

Ringraziando il Dott. Bosio per questa esposizione generale sulla Chirurgia estetica, diamo appuntamento ai nostri lettori per i prossimi approfondimenti monotematici.

Un altro esempio di chirurgia estetica: la rinoplastica.



Dott. Pierangelo Bosio
Contrada delle Bassiche, 28
25122 Brescia
Tel. 030 49794
Fax 030 44704

a cura del Dott. Pierangelo Bosio



Dott.
Pierangelo
Bosio

Questo mese inauguriamo una nuova rubrica a cura del Dott. Pierangelo Bosio, Responsabile del Servizio di Chirurgia Plastica, Ricostruttiva ed Estetica presso l'Istituto Clinico S. Anna di Brescia, per offrirvi utili indicazioni e consigli professionali sul mondo della chirurgia estetica e plastica.

La Lipoaspirazione

Iniziamo questo mese parlando della **Lipoaspirazione nel trattamento delle Adiposità localizzate e diffuse** che, insieme alla chirurgia del Seno, è l'intervento più richiesto in Chirurgia estetica. Essa consente di asportare, attraverso l'impiego di apposite cannule, il tessuto adiposo sottocutaneo in eccesso.

Le indicazioni principali sono rappresentate dalle **Adiposità distrettuali (Lipoaspirazione Estetica)**, quali *culotte de cheval*, fianchi, parete addominale, ginocchia, caviglie (Fig. 1 e 2) e **Adiposità diffuse (Lipoaspirazione Funzionale)** associando la metodica al trattamento Medico-Dietetico-Comportamentale ed alla Chirurgia Bariatrica nella terapia del Sovrappeso e dell'Obesità Conclamata.

L'intervento viene eseguito in Clinica, in anestesia locale o generale. La durata è in relazione all'estensione delle zone da trattare e può variare da 1 ora (piccole aree quali, per esempio, ginocchia, caviglie, regione sottomentoniera) a 4 ore per la Lipo total body (fianchi, addome, arti inferiori in toto). Necessita di un giorno di degenza e la convalescenza è, in genere, di pochi giorni.

La Lipoaspirazione può essere associata, in presenza di lassità cutanea, ad interventi di Dermolipectomia quali la Addominoplastica, il

Lifting delle cosce e degli arti superiori. **Nel postoperatorio** il paziente deve, oltre ad assumere la terapia medica prescritta (antibiotici, analgesici, antitromboembolici), indossare un tutore elasto-compressivo (calza elastica e guaina per gli arti inferiori, fascia o corsetto per addome e torace) per circa 1 mese. In alcuni casi (lipo secondarie, regioni declivi quali la caviglia) è utile ricorrere alla fisioterapia (Linfodrenaggio, Massoterapia, Ultrasuoni). È importante non esporsi al sole fino al completo riassorbimento delle ecchimosi postoperatorie (al fine di evitare iperpigmentazioni cutanee di difficile guarigione) e proteggere le piccole cicatrici con degli schermi totali per almeno 2 mesi. Una moderata attività fisica può essere ripresa dopo 1 settimana. Il ritorno alla normalità dopo un mese. I Risultati sono da considerarsi definitivi, in quanto il tessuto adiposo asportato non può in alcun modo essere ricostituito.



Lipoaspirazione Estetica a carico della regione bitrocantérica (culotte), interno cosce e ginocchia.



Lipo Total Body

Ringiovanimento cutaneo del volto

Il ringiovanimento cutaneo del volto prevede un approccio combinato Medico-Chirurgico. Con quest'ultimo si intende l'impiego di trattamenti medici (peelings, laser, dermal fillers, tossina botulinica) e chirurgici (blefaroplastica, lifting cervico-facciale) associati o distanziati nel tempo per la terapia dei fenomeni legati all'invecchiamento cutaneo (rughe, lassità, ipotrofia, cheratosi, etc.). (fig. 1-2)
Vediamoli di seguito nel dettaglio.

I trattamenti medici sono:

Peelings: sono trattamenti medici che, grazie all'impiego di speciali acidi (alfa-idrossiacidi, acido tricloroacetico, fenolo etc.) inducono un'esfoliazione chimica degli strati superficiali dell'epidermide determinando il ringiovanimento cutaneo.

Laser: il raggio di particolari laser (CO2 ultrapulsato, Erbium CO2 ed altri) è in grado di determinare, attraverso il meccanismo della fotoablazione, la distruzione selettiva degli strati superficiali dell'epidermide con conseguente ringiovanimento cutaneo.

Dermal Fillers: rappresentano i materiali più conosciuti e più utilizzati in medicina e chirurgia estetica. Si dividono in riassorbibili (collagene, acido ialuronico, etc.) e non riassorbibili (acrilati, biopolimeri). Vengono utilizzati per la correzione delle rughe, dei solchi, delle depressioni cutanee, e per il riempimento labiale, zigomatico e mentoniero.

Tossina Botulinica: utilizzata fin dal 1980 dagli Oftalmologi per il trattamento dello strabismo e del blefarospasmo e, successivamente, dai Neurologi per correggere l'emispasmo facciale, dai Gastroenterologi per il trattamento di ragadi anali etc.

Dal 1992 viene utilizzata in Medicina estetica per il trattamento delle rughe del terzo superiore del volto (frontali, glabellari, perioculari). La Tossina Botulinica determina una denervazione chimica del muscolo interessato inducendo la distensione del distretto cutaneo sovrastante. Il fenomeno è reversibile: il muscolo riprende la capacità contrattile entro 4/6 mesi.

I trattamenti chirurgici sono:

Blefaroplastica: è l'intervento che serve per asportare l'eccesso di cute e



1) Lifting Cervico Facciale, Blefaroplastica supero-inferiore, Peeling chimico, riempimento labbra e solchi nasogenieni, Tossina Botulinica regione frontale e periorbitaria.



2) Blefaroplastica supero-inferiore, Tossina Botulinica regione frontale e periorbitaria.



Dott. Pierangelo Bosio

Contrada delle Bassiche, 28 BS
Tel. 030 49794
www.pierangelobosio.it
info@pierangelobosio.it

grasso a livello della palpebra superiore ed inferiore. La lassità cutanea o Blefarocalasi associata o no ad ernie adipose (borse) è generalmente un fenomeno tipico dell'invecchiamento cutaneo del volto. Si manifesta, in genere, dopo i 50 anni ma può avere carattere congenito manifestandosi in giovane età. L'intervento consente, attraverso una piccola incisione effettuata a livello del solco orbito-palpebrale superiore o sotto il margine ciliare inferiore, di asportare l'eccesso di cute e di grasso conferendo all'occhio un'espressione più giovane e armoniosa. La Blefaroplastica viene eseguita, di norma, in regime ambulatoriale e in anestesia locale. La durata dell'intervento è di circa 1 ora. La rimozione dei punti avviene dopo 5-7 giorni, il paziente è socialmente presentabile dopo circa 10 giorni.

Lifting cervico-facciale: è l'intervento chirurgico che serve per correggere la lassità cutanea a livello del distretto cervico-facciale, attraverso l'asportazione dell'eccesso cutaneo e il riposizionamento del muscolo platisma.

L'intervento viene eseguito in clinica, preferibilmente in anestesia generale. La durata è di circa 4 ore. Può essere associato alla blefaroplastica superiore ed inferiore. La degenza è di 1 giorno. La rimozione dei punti avviene dopo 5 giorni per la regione preauricolare e dopo 10-12 gg per quella retroauricolare.

Il paziente è socialmente presentabile dopo circa 15gg e i risultati definitivi saranno apprezzabili dopo un paio di mesi. I **Mini-lifting** o lifting parziali (temporale, zigomatico, cervicale, facciale), vengono, in genere, eseguiti, in pazienti giovani con minor lassità cutanea o, in caso di revisione (ritocco) a distanza di precedenti lifting completi. Vengono, di norma, eseguiti in regime ambulatoriale, in anestesia locale assistita e la durata è di circa 2 ore.



Dott. Pierangelo Bosio

Contrada delle Bassiche, 28 BS
Tel. 030 49794
www.pierangelobosio.it
info@pierangelobosio.it

La mastoplastica additiva

è l'intervento che consente, attraverso l'impiego di protesi, di aumentare il volume del seno (foto 1). Insieme alla lipospirazione è l'intervento più richiesto in chirurgia estetica. Le principali indicazioni sono l'ipoplasia mammaria o seno piccolo (costituzionale), l'ipotrofia mammaria post allattamento o post dimagrimento, l'Amastia o assenza della ghiandola mammaria, e la Mastectomia (asportazione della mammella). **L'intervento:** viene eseguito in clinica, in anestesia generale (è

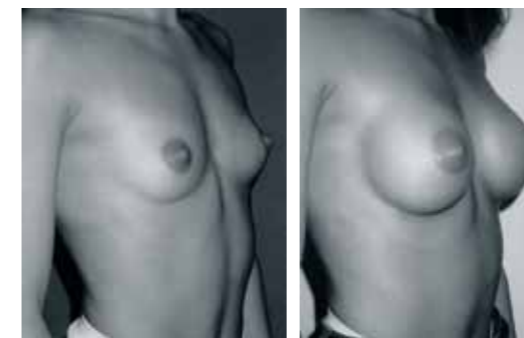
ghiandola (in presenza di un normale rivestimento cutaneo-adiposo) o sottomuscolare (in presenza di un mantello cutaneo adiposo poco rappresentato). La dimensione della protesi viene valutata, attraverso dei normali parametri morfologici, in fase preoperatoria e successivamente verificata, con l'impiego di appositi espansori di prova, in fase intraoperatoria, al fine di ottenere un volume ottimale per le caratteristiche anatomiche della paziente (il famoso seno su misura).

Nel postoperatorio: oltre alla terapia antibiotica ed antinfiammatoria, la paziente dovrà portare per una settimana una fasciatura che verrà sostituita da un reggiseno da indossare notte e giorno per circa un mese. La convalescenza è di pochi giorni e la ripresa dell'attività lavorativa è chiaramente in relazione al lavoro svolto (da subito per attività intellettuali, fino a un mese per attività pesanti). L'attività fisica può essere ripresa dopo 1 mese. La protesi non interferisce con l'allattamento, non modifica la capacità diagnostica di Ecografia, Mammografia o Risonanza Magnetica. Molto importante, come per tutti gli impianti, il follow up clinico strumentale (visita medica più eco o mammografia) da eseguirsi almeno una volta all'anno.

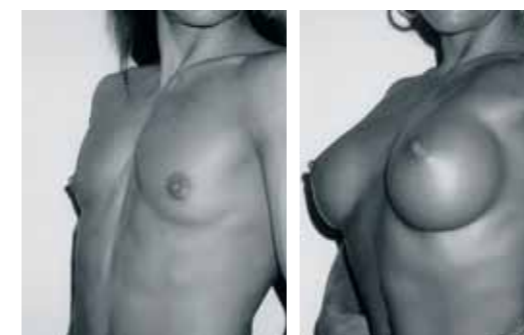
Mastoplastica nel fitness e body building: la Mastoplastica additiva è altresì l'intervento più richiesto da coloro che praticano attività fisica, fitness e body building (foto 2).

A differenza dell'intervento tradizionale in pazienti normostrutturate (normale trofismo muscolare e regolare rappresentazione del tessuto adiposo sottocutaneo), la mastoplastica additiva nelle fitness e nelle builders e, in genere, in tutte le atlete agoniste, per la marcata ipertrofia muscolare, la sottigliezza della cute e l'assenza pressoché totale del tessuto adiposo sottocutaneo associato all'ipotrofia della ghiandola mammaria, costituisce per il chirurgo un intervento che pone non poche difficoltà sia in ambito progettuale che in sede operativa. Risolti i problemi progettuali, l'esecuzione dell'intervento prevede le stesse modalità descritte in precedenza per le pazienti normostrutturate. Anche in questi casi la ripresa dell'attività fisica non prima di

possibile anche in anestesia locale), dura circa 1 ora e necessita di un giorno di degenza. L'intervento consiste nell'inserimento dell'impianto protesico, attraverso una piccola incisione a livello del bordo areolare inferiore o del solco sottomammario, nella regione mammaria in sede sotto-



1) Ipotrofia mammaria. Mastoplastica additiva per via areolare con protesi in gel di silicone.



2) Mastoplastica additiva in paziente soft builder.

a cura del Dott. Pierangelo Bosio



Dott. Pierangelo Bosio

Contrada delle Bassiche, 28 BS
Tel. 030 49794
www.pierangelobosio.it
info@pierangelobosio.it

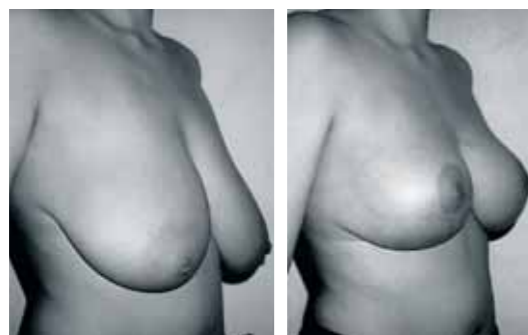
La Mastopessi (fig. 1) è l'intervento che serve a correggere la ptosi mammaria, cioè la caduta del seno dovuta a diversi fattori quali: eccessiva perdita di peso, gravidanze, ipertrofia mammaria (aumento di volume), invecchiamento.

L'intervento consiste nel riposizionamento della ghiandola mammaria nella sua sede d'origine (regione pettorale), nel suo ancoraggio al muscolo pettorale (per evitare una recidiva precoce) e nell'asportazione della cute in eccesso (lifting del seno). In presenza di un seno ptosico e svuotato si associa alla plessia (sollevamento) l'aumento di volume

Mastopessi e Mastoplastica **riduttiva**



1) Ptosi mammaria bilaterale. Mastopessi con incisione a j.



2) Mastoplastica riduttiva con cicatrice a j in ipertrofia mammaria di grado lieve.

mammario con un impianto protesico realizzando la cosiddetta Mastopessi con protesi o Mastoprotesi (percentualmente superiore alla semplice mastopessi). In presenza di seni troppo voluminosi si procede alla loro riduzione **Mastoplastica riduttiva** (fig. 2) con l'asportazione del tessuto ghiandolare in eccesso e rimodellamento del cono mammario.

È un intervento abbastanza complesso che necessita di buona esperienza da parte dell'operatore e, per la buona riuscita, dell'impiego di tecniche chirurgiche corrette che consentano la riduzione del seno ed il suo ancoraggio senza lasciare cicatrici troppo evidenti e deturpanti.

L'intervento viene eseguito in clinica, in anestesia generale, dura circa 2-3 ore e necessita di un giorno di degenza. La rimozione dei punti avviene dopo 7-14 giorni.

La **convalescenza**, come per la Mastoplastica additiva, è di pochi giorni e la ripresa dell'attività lavorativa è chiaramente in funzione del lavoro svolto (da subito per attività intellettuali, fino a un mese per attività pesanti). In presenza di ptosi gravi e severe ipertrofie (**gigantomastie**) che determinano situazioni di vera patologia quali algie da sovraccarico meccanico a livello del rachide dorso-lombare, dermatiti croniche o recidivanti a carico del solco sottomammario, l'intervento correttivo può essere eseguito in regime di convenzione con il SSN.

a cura del Dott. Pierangelo Bosio



Dott. Pierangelo Bosio

Contrada delle Bassiche, 28 BS
Tel. 030 49794
www.pierangelobosio.it
info@pierangelobosio.it

Rinoplastica

La Rinoplastica (Foto 1), consente di correggere le deformità della piramide nasale e del setto. Il gibbo osteo-cartilagineo (gobba) è dovuto all'ipertrofia delle ossa nasali proprie e delle cartilagini triangolari. Si tratta di un inestetismo di frequente riscontro sia negli uomini che nelle donne e rappresenta una delle maggiori richieste di intervento da parte del chirurgo estetico. Tale difetto può interessare esclusivamente la piramide nasale, costituendo solo un problema estetico, o essere associato ad alterazioni del setto e dei turbinati con conseguenti disturbi della respirazione. La terapia è esclusivamente chi-

La chirurgia estetica del **volto**

urgia: rinoplastica o rinoseptoplastica. L'intervento viene eseguito in clinica, in anestesia generale, dura circa 1 ora e necessita di un giorno di degenza. La convalescenza è di circa una settimana dopodiché viene rimossa la placca di contenzione. L'attività fisica può essere ripresa dopo 15 giorni, l'attività agonistica dopo 1 mese. Il risultato definitivo potrà essere apprezzato dopo alcuni mesi.

Otoplastica

L'Otoplastica (Foto 2) è l'intervento che serve per correggere l'orecchio ad ansa (comunemente detto orecchio a "sventola") ricreando la normale forma del padiglione auricolare e riducendo l'angolo auricolo-temporale entro valori di normalità. Si esegue generalmente in anestesia locale (tranne nei bambini dove viene praticata l'anestesia generale), in regime di day hospital. Nel postoperatorio il paziente dovrà indossare una fascia elastocontentiva per alcuni giorni. I punti saranno rimossi dopo 10-12 giorni.

Malaroplastica

La Malaroplastica o Impianto zigomatico è l'intervento che serve per correggere l'ipoplasia zigomatica (ridotto sviluppo dell'osso zigomatico) congenita o acquisita attraverso l'impianto di protesi malari in silicone solido introdotte per via orale attraverso il fornice gengivale superiore o con l'utilizzo di dermal fillers (riempitivi cutanei) iniettati direttamente sul periostio. Negli ultimi anni l'impiego di protesi, per la loro invasività e l'elevata incidenza di complicanze ha lasciato sempre più spazio ai dermal fillers che consentono una buona correzione del problema in assenza di particolari complicanze o effetti collaterali.

Mentoplastica

La Mentoplastica consente di trattare le malformazioni puramente estetiche che interessano il processo mentoniero, lasciando alla chirurgia Maxillo-facciale le malformazioni maggiori associate sempre ad alterazioni dell'occlusione dentaria. In presenza di un mento sfuggente (ipotrofia mentoniera) si può ricorrere, come per la malaroplastica, all'impianto di protesi in silicone solido posizionate attraverso il fornice gengivale inferiore, o in alternativa all'iniezione di dermal fillers. Viceversa, in caso di leggera protrusione mentoniera (ipertrofia) si esegue l'asportazione del tessuto osseo in eccesso attraverso l'impiego di apposite frese ossivore che ne consentono il completo rimodellamento. L'intervento viene eseguito generalmente in anestesia locale in regime di day hospital.



1) Rinoplastica primaria per la correzione del gibbo osteo-cartilagineo.



2) Orecchio ad ansa da ipertrofia della conca e assenza dell'antelice.

a cura del Dott. Pierangelo Bosio



Dott. Pierangelo Bosio

Contrada delle Bassiche, 28 BS
Tel. 030 49794
www.pierangelobosio.it
info@pierangelobosio.it

Lipofilling: Trapianto Autologo di Tessuto Adiposo

Per trapianto autologo di tessuto adiposo (lipofilling o autotrapianto di grasso) si intende il prelievo di grasso da una zona donatrice (parete addominale, arti inferiori) ed il suo impianto in una zona ricevente. Tale metodica, introdotta per la prima volta nel 1910 da Hollander per il trattamento di perdita di sostanza a carico del volto e della regione mammaria è stata successivamente abbandonata per l'alta percentuale di insuccesso dell'impianto dovuto alla tipologia dell'innesto (frammenti liberi non vascolarizzati). La metodica è stata ripresa successivamente nel 1985 da Illouz e Fournier (Parigi) a seguito

dell'introduzione della lipoaspirazione che ha consentito di trasferire non più lembi liberi di grasso bensì cellule adipose garantendo pertanto la sopravvivenza dell'innesto. Nei primi anni '90 Sidney Coleman ha standardizzato la metodica definendo l'esatta modalità del prelievo, il suo trattamento (lavaggio e centrifugazione) e la tecnica d'impianto. Ulteriori acquisizioni si sono avute recentemente (2001 - 2007) da molti ricercatori tra cui Gino Rigotti (Chir. Plast. Università di Verona), Sidney Coleman (Chir. Plast. Università New York), Maurizio Nava (Chir. Plast. Istituto Nazionale dei Tumori - Milano) Mario Rietjens (Istituto Europeo di Oncologia - Milano) che hanno dimostrato che il tessuto adiposo, insieme al midollo osseo, ha la più alta concentrazione di cellule staminali totipotenti del nostro corpo in grado, una volta impiantate in un tessuto patologico, di determinare la rigenerazione dei vari tessuti (adiposo, connettivo, vascolare, nervoso etc.) rappresentando a tutti gli effetti quella che comunemente oggi viene universalmente riconosciuta come Medicina Rigenerativa.

Modalità di esecuzione: il Lipofilling viene generalmente eseguito in anestesia locale in regime di Day Hospital (vedi Fig. 1, 2). La tecnica di impianto prevede l'aspirazione (previa infiltrazione con anestetico locale e mediante l'impiego di siringhe da 10ml e cannule del diametro di 2mm) di tessuto adiposo dalla regione donatrice (parete addominale, trocanterica e ginocchia); il tessuto adiposo aspirato (lipoaspirato) viene successivamente centrifugato (per separare la componente liquida dalla parte cellulare) e iniettato (con siringhe da 1ml e cannule da 2mm) nel sito ricevente. Il trattamento può essere ripetuto dopo 30-60gg.

Indicazioni: le principali sono rappresentate da:

Perdita di sostanza e atrofia dei tessuti molli (post-traumatica, iatrogena, cicatriziale, esiti di poliomielite); Radiodermiti; Ulcere trofiche (vascolari, diabetiche, da decubito etc.); Cicatrici ipertrofiche, cheloidee, retraenti (da ustioni); Fibrosi cutanea, sottocutanea e periprotetica post - radioterapia; Irregolarità cutanee post quadrantectomia e dopo ricostruzione mammaria post mastectomia; Pectus excavatum; Lipoatrofia facciale da farmaci anti retro-virali (pazienti HIV+); Sindrome di Romberg (emiatrofia facciale); Sindrome di Poland (atrofia emitorace: ipoplasia mammaria, assenza muscolo grande e piccolo pettorale, ipotrofia cartilagini costali); Morbo di Dupuytren (retrazione dell'aponeurosi palmare); Irregolarità cutanee (esiti di precedenti interventi quali Lipoaspirazione, Mastoplastiche, etc.); Ipotrofia labiale; Ipoplasia zigomatico-malare; Ipotrofia mentoniera

L'intervento: viene eseguito in regime di convenzione per le patologie descritte ed in regime libero-professionale per le alterazioni estetiche.



1) Tessuto adiposo prelevato dalla regione peri-ombelicale.



2) Impianto di tessuto adiposo autologo in paziente affetto da Sindrome di Poland (agenesia del muscolo pettorale).

a cura del Dott. Pierangelo Bosio



Dott. Pierangelo Bosio

Contrada delle Bassiche, 28 BS
Tel. 030 49794
www.pierangelobosio.it
info@pierangelobosio.it

L'Addominoplastica

L'Addominoplastica, o Dermolipectomia addominale (fig. 1-2), è l'intervento che serve per il rimodellamento della parete addominale attraverso la plastica dei muscoli e l'asportazione del tessuto adiposo e della cute in eccesso. È l'intervento più richiesto nel paziente obeso dimagrito (al 2° posto, dopo la chirurgia del seno, nel pz normopeso). L'indicazione principale è rappresentata dalla lassità cutanea associata o meno ad adiposità localizzata (ventre pendulo) responsabile di sintomi quali algie dorso-lombari (da sovraccarico meccanico) e dermatiti croniche o

recidivanti delle pliche cutanee sovra pubiche.

Altre indicazioni sono: la diastasi dei muscoli retti, le ernie ed i

laparoceli. **L'intervento** viene eseguito in clinica, in anestesia generale, dura circa 2 ore e necessita di 1-2 giorni di degenza.

La convalescenza è di circa 15gg con ripresa dell'attività fisica dopo un mese. Nel postoperatorio il paziente deve, oltre ad assumere la terapia medica prescritta (antibiotici, analgesici, antitromboembolici), indossare una fascia elastocompressiva per circa un mese. È importante non esporsi al sole fino al completo riassorbimento delle ecchimosi postoperatorie (onde evitare iperpigmentazioni cutanee di difficile trattamento) e proteggere le cicatrici cutanee con schermi ad alta protezione per almeno 2 mesi.

L'Addominoplastica può essere associata ad altri interventi di rimodellamento del corpo quali la Lipoaspirazione (fianchi, addome superiore, etc), Lifting di coscia e Mastoplastiche. Tra gli interventi combinati quello più richiesto in assoluto è l'Addominoplastica associata alla Mastopessi con protesi.

Tale intervento viene in genere richiesto da pazienti di 40-50 anni, pluripare e che presentano oltre alla lassità cutanea della parete addominale anche il consensuale svuotamento del seno secondario a fenomeni fisiologici quale l'allattamento, il dimagrimento o il semplice ed inevitabile invecchiamento cutaneo. La possibilità di eseguire interventi combinati, qualora le condizioni cliniche del paziente e la durata degli stessi lo consentono senza esporre il paziente ad un aumentato rischio operatorio ed anestesiológico, rappresenta un indubitabile vantaggio per il paziente: riduzione dei tempi operatori, riduzione delle anestesie, unica degenza, unica convalescenza e, cosa non trascurabile, sensibile riduzione dei costi.



Addominoplastica in paziente normopeso di anni 40.



Dermolipectomia addominale in paziente di anni 53 con calo ponderale di 50 kg.

Bellezza in un tocco

di Tommaso Revera - ph. Paolo Stroppa

La chirurgia estetica:
il Dr. Pierangelo Bosio

All'interno di un numero interamente dedicato alle donne, non potevamo certo tralasciare un argomento che sta molto a cuore al gentil sesso. In campo medico, infatti, si tratta della specialità in maggior ascesa che raccoglie sempre più consensi grazie all'efficacia dei risultati conseguiti. Stiamo parlando della Chirurgia Estetica che, con l'aiuto del Dr. Pierangelo Bosio, Chirurgo Plastico presso l'Istituto Clinico S. Anna di Brescia, abbiamo cercato di inquadrare e descrivere con maggiore chiarezza. Dai dati emerge che la Chirurgia Estetica, nonostante la crisi economica e l'introduzione dell'Euro, è in continuo aumento. Si stima che nel nostro Paese vengano effettuati circa 500.000 interventi all'anno e che il numero complessivo delle operazioni sia raddoppiato negli ultimi 10 anni in Italia, così come nel resto d'Europa e Stati Uniti. Il rapporto Femmine/Maschi è 70/30 con una costante erosione da parte della componente maschile.

Quali sono i motivi di questa crescente richiesta di Chirurgia Estetica?

“Sono essenzialmente da ricondurre a migliorate condizioni socio-economiche che, complessivamente, sono superiori a qualche decennio fa quando la Chirurgia estetica era ad appannaggio solo del Jet-set prima e poi delle classi sociali medio-alte. Attualmente, anche in virtù del contenimento dei prezzi (aumentando fortemente la domanda sono fisiologicamente diminuiti) e delle varie possibilità di pagamento (dilazionato o finanziato), la Chirurgia Estetica è veramente alla portata di tutti”.

Non solo immagino...

“No infatti. Sono da considerare anche il progressivo allungamento della vita media e l'esplosione del Fitness (non solo tra i giovani ma e soprattutto tra i 50-60 enni), quindi alla cura del proprio corpo e per ultimo alla ricerca del Benessere fisico e psichico (il cosiddetto Wellness). Quindi non solo richiesta di Salute come stato di assenza di malattia ma (e qui la grande svolta) richiesta di benessere psico-fisico come stato di assenza di disagio psicologico”.

Quali sono gli interventi più richiesti?

“Sicuramente al primo posto c'è la Chirurgia del seno con i suoi classici interventi: Mastoplastica Additiva (aumento del seno

con impiego di protesi), Mastopessi (correzione della ptosi mammaria), Mastoplastica riduttiva (riduzione del volume del seno) e la Ricostruzione mammaria post-mastectomia”.

Perché la Chirurgia del seno ?

“Per un motivo molto semplice: da sempre il seno rappresenta il simbolo della femminilità e l'organo principale della seduzione”.

Continuando...

“La Chirurgia del corpo: la Lipoaspirazione che consente di asportare il tessuto adiposo sottocutaneo in eccesso, l'Addominoplastica per rimodellare la parete addominale attraverso la plastica dei muscoli e l'eliminazione del tessuto adiposo in eccesso, il Lifting di coscia per ridefinire il terzo supero-mediale della coscia e quello delle braccia con asportazione dell'eccesso di cute e grasso”.

E riguardo al viso?

“La Chirurgia del Volto attraverso la Blefaroplastica (asportazione dell'eccesso di cute e rimozione delle borse adipose a livello delle palpebre), il Lifting Cervico-facciale (asportazione dell'eccesso di cute a carico del distretto carvico-facciale)”.

Può darci qualche indicazione in più?

“La Blefaroplastica e il Lifting rappresentano i rimedi chirurgici antiinvecchiamento (anti-age), e possono essere associati a trattamenti medici quali: Peeling, Laser, Dermal Fillers, Tossina botulinica (approccio combinato medico-chirurgico per il ringiovanimento cutaneo del volto)”.

Pierangelo Bosio

Si è laureato in Medicina e Chirurgia all'Università degli Studi di Milano nel 1981. Nello stesso anno ha conseguito l'abilitazione alla professione medico chirurgica Università degli studi di Modena. Iscritto all'Albo Ordine dei Medici di Brescia dal 1981, si è specializzato nel 1986 in Chirurgia d'Urgenza e Pronto Soccorso all'Università degli Studi di Milano. Dal 1988 è membro della S.C.E.I. (Società di Chirurgia Estetica Italiana) e della F.E.S.N.C.E. (Federazione Europea Società Nazionali di Chirurgia Estetica). Nel 1996 ottiene la nomina a Segretario Nazionale della S.C.E.I. (carica che ricopre dal Marzo 1996 al Maggio 2001), e nello stesso periodo è responsabile scientifico ed organizzativo di tutta l'attività congressuale della Società. Nel 2002 è Presidente della S.I.M.C.E. (Società Internazionale di Medicina e Chirurgia Estetica) e segretario della S.I.T.O. (Società Italiana per il Trattamento dell'Obesità). È Chirurgo Plastico presso Istituto Clinico S. Anna - Brescia. Ha partecipato in qualità di relatore ed operatore a numerosi Congressi Nazionali ed Internazionali. Ha frequentato numerosi Corsi Teorico - Pratici di perfezionamento in Chirurgia Estetica in Italia ed all'Estero. È autore di numerose pubblicazioni scientifiche sulle diverse tematiche della Chirurgia Generale ed Estetica e autore di brevetti internazionali nel campo della Chirurgia Estetica. Dal 1985 si occupa di Chirurgia Distrettuale dell'Obesità e del Ripristino dell'Immagine Corporea post - Dimagrimento. È promotore e socio fondatore della Società Italiana per il Trattamento dell'Obesità (SITO). Dal 2008 è Consulente Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica presso Alexandra Hospital - Manchester - Gran Bretagna.



E altri interventi non legati a fenomeni di invecchiamento cutaneo?

“Abbiamo la Rinoplastica (rimodellamento della piramide nasale), l'Otoplastica (correzione dell'orecchio ad ansa o a sventola), la Malaroplastica (aumento degli zigomi), la Mentoplastica (impianto di protesi mentoniera per il trattamento del mento sfuggente) e la Cheiloplastica (modellamento delle labbra)”.

Tra le tante proposte che il mercato ci propone ci sono novità nel campo della Chirurgia Estetica?

“Tra tutte, penso che la vera novità, anche se sarebbe meglio parlare di una riscoperta e di un importante aggiornamento, sia il Lipofilling o trapianto autologo di tessuto adiposo”.

Cos'è e a cosa serve?

“Per trapianto autologo di tessuto adiposo (ipofilling o autotrapianto di grasso) s'intende il prelievo di grasso da una zona donatrice (parete addominale, arti inferiori) ed il suo impianto in una zona ricevente. Le indicazioni principali in campo estetico sono caratterizzate da: irregolarità cutanee (esiti di precedenti interventi quali Lipoaspirazione, Mastoplastiche, etc.), ipotrofia labiale, ipoplasia zigomatico-malare, ipotrofia mentoniera”.

Qual è lo standard di pazienti che approcciano la Chirurgia Estetica?

“Le pazienti possono essere divise grossolanamente in due gruppi: quelle che si avvicinano alla Chirurgia Estetica per correggere i fenomeni legati all'invecchiamento cutaneo (in genere donne di 40 -50 - 60 anni che richiedono interventi di rimodellamento corporeo quali Lifting cervico-facciale, Blefaroplastica, Mastopessi, Addominoplastica, etc.) e donne giovani con richiesta di interventi non legati all'invecchiamento ma ad alterazioni congenite o acquisite quali deformità della piramide nasale, ipotrofia mammaria, adiposità localizzate etc”.

Quali suggerimenti si sente di dare alle nostre lettrici ed alle sue pazienti?

“Il nostro aspetto esteriore è determinato sì dalla genetica ma è in gran parte dovuto al nostro stile di vita. Abbiamo un aspetto sano se tutto il nostro organismo funziona correttamente. Quindi una corretta alimentazione associata ad un'adeguata attività fisica, l'eliminazione o la progressiva riduzione di tossici endogeni (fumo, alcool) ed esogeni (esagerata esposizione ai raggi ultravioletti) ci aiuta a mantenerci in forma a dispetto dell'anagrafe. A lato, è buona norma, per chi desidera approcciare la medicina o chirurgia estetica, seguire una regola semplicissima: quella

cosiddetta del “tagliando” cioè non attendere i 70 anni e sottoporsi ad interventi in serie (come spesso proposto da certi programmi TV) che stravolgono la nostra immagine e mettono a serio rischio la salute dell'individuo, ma sottoporsi (dai 35-40 anni in su o al bisogno) a controlli periodici con interventi che saranno sicuramente meno invasivi sia sul fisico che sulla psiche del soggetto”.

L'aspetto psicologico, come detto, è molto importante. Quali sono le sensazioni di una donna soddisfatta del proprio cambiamento?

“Si evidenzia in tutte una forte spinta positiva che si traduce nell'acquisizione di una maggior sicurezza in se stesse. Questa è la risposta psicologica più frequente che restituisce quella serenità d'animo spesso offuscata da conflitti e dalla non accettazione del proprio corpo”.

Una precisazione: quali sono le differenze tra Chirurgia plastica e Chirurgia estetica?

“La Chirurgia Plastico-Ricostruttiva si occupa principalmente del trattamento di patologie, congenite o acquisite quali la Labiopalatosisi (labbro leporino), lesioni traumatiche, ustioni, ricostruzioni mammarie post-mastectomia, etc. Viceversa, la Chirurgia Estetica ha come fine il miglioramento di Inestetismi che pur non costituendo uno stato di patologia organica (gibbo nasale, orecchie a sventola, asimmetria mammaria, etc), possono determinare un disagio psicologico ed evolvere, in alcuni casi, in vere e proprie psicopatologie come la Dismorfofobia (la non accettazione di sé) con gravi disturbi comportamentali. In ragione di ciò, non si parla più di Chirurgia estetica ma di Chirurgia Estetico-funzionale”.

Considerata la delicatezza degli interventi e l'importanza di osservare un elevato standard igienico-sanitario, quali consigli e raccomandazioni è importante suggerire a coloro che intendono sottoporsi ad interventi di questo tipo?

“Poiché gli interventi di Chirurgia Estetica sono assimilabili in tutto e per tutto agli interventi di Chirurgia generale o di altre specialità, devono essere affrontati allo stesso modo seguendo quelle poche norme che regolano l'iter chirurgico di questi pazienti, cioè affidandosi ad un medico di fiducia che operi in una struttura sicura (pubblica o privata che sia), diffidare dalla Chirurgia Low cost, e dai chirurghi itineranti (se succede qualche imprevisto non si sa mai a chi rivolgersi). In poche parole basta un po' di buon senso”.

Parlando di costi, tutti gli interventi sono a pagamento?

“Tutti gli interventi di Chirurgia plastico-ricostruttiva (tipo Ricostruzione mammaria post-mastectomia) sono a carico del SSN ma anche altri interventi di Chirurgia Estetica (Grave asimmetria mammaria, Agenesia della ghiandola mammaria, Gigantomastia, Ventre pendulo, etc) possono essere eseguiti in regime di convenzione se assumono carattere di patologia (un seno troppo grosso può determinare lesioni da sovraccarico meccanico a livello del rachide cervico-dorsale oppure dermatiti croniche a carico del solco sottomammario). Gli interventi puramente estetici sono chiaramente a totale carico del paziente”.

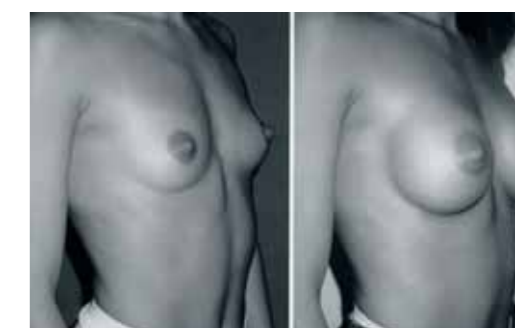
Il prima e il dopo



Lifting Cervico - Facciale



Lipoaspirazione



Mastoplastica Additiva



Rinoplastica

Dr. Pierangelo Bosio
Contrada delle Bassiche, 28
25122 Brescia
Tel. 030 4979 - Fax 030 44704

a cura del Dott. Pierangelo Bosio

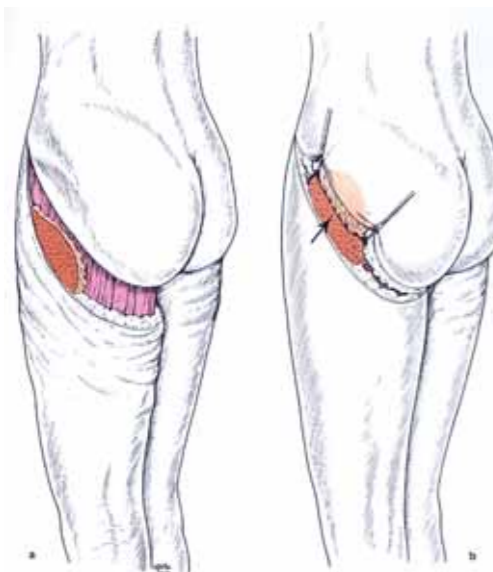


Dott. Pierangelo Bosio

Contrada delle Bassiche, 28 BS
Tel. 030 49794
www.pierangelobosio.it
info@pierangelobosio.it



2) Lifting di Braccia



1) Lifting Gluteo-Trocanterico

Il **Lifting di coscia**, o dermolipectomia crurale interna, è l'intervento che serve per rimodellare il 3° supero-mediale della coscia attraverso l'asportazione del tessuto adiposo e della cute in eccesso. L'indicazione principale è

Lifting di coscia e di braccia

rappresentata da lassità cutanea associata o meno ad adiposità localizzata secondaria ad un fenomeno fisiologico di invecchiamento cutaneo che interessa prevalentemente il sesso femminile a partire dalla 4°- 5° decade di vita. Insieme all'Addominoplastica è uno degli interventi più richiesti dal paziente obeso dimagrito nell'ambito del rimodellamento corporeo post dimagrimento. Questi pazienti presentano, infatti, importante lassità cutanea a livello della regione mediale di coscia responsabile di dermatiti croniche o recidivanti inguino-crurali e difficoltà alla deambulazione (il paziente è costretto a camminare a gambe leggermente divaricate con gravi conseguenze posturali). L'intervento viene eseguito in clinica, in anestesia generale o spinale, dura circa 2-3 ore e necessita di 1-2 giorni di degenza.

La convalescenza è di circa 15 giorni con ripresa dell'attività fisica dopo 1 mese. Nel post-operatorio il paziente deve, oltre ad assumere la terapia medica prescritta (antibiotici, analgesici ed antitromboembolici) osservare adeguato periodo di riposo e sottoporsi ai controlli clinici richiesti. È importante proteggere le cicatrici cutanee dall'esposizione al sole con schermi ad alta protezione per almeno 2 mesi. Il Lifting di coscia può essere associato ad altri interventi di rimodellamento corporeo quali: Lipoaspirazione, Addominoplastica, Mastoplastica etc. (l'associazione più frequente è rappresentata da Lifting di coscia e Addominoplastica).

Il **Lifting gluteo-trocanterico** o Dermolipectomia crurale esterna (fig.1), è l'intervento che serve per rimodellare la regione supero-esterno di coscia (regione trocanterica) ed il polo inferiore del gluteo, attraverso l'asportazione del tessuto adiposo e della cute in eccesso. L'intervento viene eseguito solo in presenza di eccessiva lassità cutanea a seguito di un notevole decremento ponderale. Viceversa, in presenza di adiposità localizzata è preferibile eseguire la Lipoaspirazione. La durata dell'intervento è di circa 2-3 ore e necessita di circa 1-2 giorni di degenza.

Il **lifting delle braccia** o Dermolipectomia brachiale (fig. 2), analogamente al lifting di coscia, serve per rimodellare il 3° supero-mediale delle braccia, attraverso l'asportazione della cute in eccesso responsabile, in pazienti obesi dimagriti di dermo-ipodermi brachio-ascellari da sfregamento e algie a carico dell'articolazione scapolo-omerale secondarie alla posizione del braccio (in lieve abduzione a causa dell'adiposità brachiale interna con conseguente contrattura deltoidea). La durata dell'intervento è di circa 2-3 ore e necessita di 1 giorno di degenza.



Globesità

Il trattamento multidisciplinare integrato dell'obesità, vera e propria emergenza sanitaria a livello mondiale. La parola al Dr. Pierangelo Bosio, Segretario Nazionale della SITO (Società Italiana Trattamento Obesità) e operatore presso il Centro per la Terapia Medica e Chirurgica dell'Obesità - Istituto Clinico S. Anna Brescia.

L'Obesità rappresenta una vera e propria emergenza sanitaria a livello mondiale (infatti, ad esclusione dell'Africa sub Sahariana, tutti i restanti paesi ne sono interessati). Per questo motivo si parla sempre più frequentemente di "Globesità". Dati recenti dicono che, in Italia, il 45% della popolazione adulta è in sovrappeso e il 10% francamente obeso. Ma il dato più preoccupante riguarda l'Obesità infantile: 36% in sovrappeso (primi in Europa e secondi nel mondo dopo gli Stati Uniti), e 9% obesi. Altro dato, non meno importante è costituito dai costi che tale patologia determina: 13 miliardi di euro/anno, pari a circa 1 punto di PIL e al 10% della Spesa sanitaria. **L'Obesità** è una malattia complessa e poliedrica, con aspetti clinici, metabolici, patogenetici e terapeutici articolati e diversificati. La causa principale che porta all'eccesso ponderale, e all'obesità, è la predisposizione genetica. Su questa base l'errato comportamento alimentare e la ridotta attività fisica intervengono come fattori rilevanti. Le caratteristiche cliniche dell'obesità sono diverse da soggetto a soggetto, in rapporto al sesso, all'età, all'epoca di insorgenza e alla localizzazione del tessuto adiposo. Ad esempio le forme di obesità che compaiono nel maschio in età adulta, con accumulo viscerale del grasso, presentano una maggior incidenza di alterazioni metaboliche e di disturbi cardio-respiratori.

Il metodo più comune per valutare il grado di obesità è calcolare l'indice di massa corporea o Body Mass Index (BMI). Il BMI si ottiene dividendo il peso del paziente espresso in kg per il quadrato dell'altezza espressa in metri. Sebbene il BMI non misuri effettivamente il grasso corporeo, tende a rispecchiare abbastanza correttamente il grado di obesità. Non va quindi usato come unico punto di riferimento per formulare una diagnosi, ma può essere utile come punto di riferimento generale. Come detto, l'indice di massa corporea non distingue fra massa grassa e massa muscolare, pertanto una persona eccessivamente muscolosa (body-builder) potrebbe essere erroneamente classificato come obesa. Sulla base del BMI, viene utilizzata, a livello internazionale, la seguente classificazione: BMI < 20:

Dati recenti dicono che, in Italia, il 45% della popolazione adulta è in sovrappeso e il 10% francamente obeso. Ma il dato più preoccupante riguarda l'Obesità infantile: 36% in sovrappeso (primi in Europa e secondi nel mondo dopo gli Stati Uniti), e 9% obesi. L'Obesità è una malattia complessa e poliedrica, con aspetti clinici, metabolici, patogenetici e terapeutici articolati e diversificati.

Sottopeso; tra 20 e 25: Normopeso; da 25 a 30: Obeso; da 30 a 35 gravemente obeso; da 40 a 50 patologicamente obeso; oltre il 50 super obeso. Sulla base di questi dati, il lettore potrà divertirsi a calcolare il proprio grado di obesità. Per semplificare si può dire che fino a 15-20 kg di eccesso ponderale si è in sovrappeso, oltre i 35-40 kg si è francamente e patologicamente obesi.

Le complicanze dell'obesità possono essere legate al sovraccarico meccanico (artropatie e artralgie delle articolazioni sottoposte a carico, disturbi respiratori notturni, affaticabilità e dispnea da sforzo, impaccio nelle attività del vivere quotidiano), alle alterazioni metaboliche (diabete, iperlipemia, gotta, ipertensione arteriosa) e ormonali (amenorrea, ridotta fertilità, maggior incidenza di tumori endometriali). Da queste complicanze dipende in successione la maggior frequenza e la maggior gravità di infarto miocardico, di scompenso cardiaco e di ictus cerebrale che si riscontra con particolare frequenza nelle obesità medio-gravi dell'adulto. Non va infine trascurato che l'obesità, o anche un modesto sovrappeso, rappresentano un handicap sociale, soprattutto per le giovani donne, vissuto con disagio psicologico nelle relazioni sociali ed affettive. Per tutti questi motivi la valutazione del paziente obeso richiede un approccio multidisciplinare integrato. Il rischio è che dell'obesità si interessino svariati specialisti, ma in modo frammentario e settoriale, mentre sarebbe opportuno gestire il singolo paziente con protocolli individuali ma standardizzati, per evidenziare gli aspetti genetici, le anomalie del comportamento alimentare, le complicanze potenziali o già presenti, e per definire le indicazioni del più opportuno tipo di intervento dietetico, farmacologico o comportamentale, di chirurgia restrittiva o malassorbitiva e di chirurgia distrettuale di rimodellamento post-dimagrimento. L'auspicio è che anche per l'obesità si affermi l'uso di protocolli diagnostico-terapeutici scientificamente validati, gestiti da operatori e da centri di riferimento accreditati dalle autorità sanitarie, con un approccio multidisciplinare integrato. È su queste basi e da questi presupposti che nel settembre 2002 è nato, ed è tuttora operativo, presso l'Istituto Clinico S. Anna di Brescia, il **Centro per la Terapia Medica e Chirurgica dell'Obesità**, che vede impegnati i seguenti operatori sanitari: Dr. Italo Piccini e Dr. Abdul Berjaoui (chirurgia bariatrica), Dr. Pierangelo Bosio e Dr. Fabrizio Palmieri (chirurgia plastica), Dr. Marcella Tomasi ed Enrica Salvetti (terapia medico-nutrizionale), dr. Daniela Speziani e Nadia Liborio (sostegno psicologico e psicoterapia).

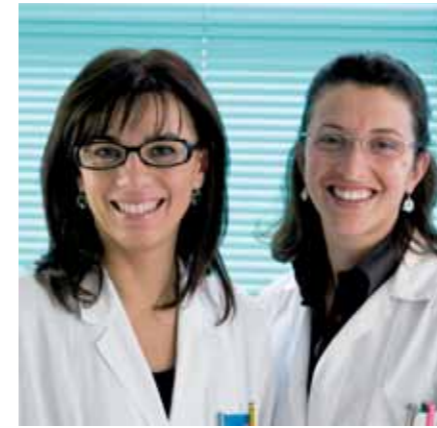
Le prestazioni erogate dal centro sono:

- la Terapia medico-dietetico-comportamentale
- la Chirurgia Bariatrica
- la chirurgia estetica
- il supporto psicologico e la Psicoterapia.

Tutti i trattamenti, se il paziente è affetto da obesità patologica grave, vengono eseguiti in regime di convenzione.

La terapia medica dell'obesità consiste essenzialmente nel seguire un regime alimentare corretto, nel praticare adeguata attività fisica e, in casi selezionati, nell'assunzione di farmaci specifici. Il ruolo dell'internista e del nutrizionista, attraverso una corretta classificazione del tipo e grado di obesità e delle eventuali complicanze presenti, consente di impostare un adeguato programma terapeutico che prevede, per pazienti in sovrappeso (BMI fino a 30) e obesi di 1° grado (BMI fino a 35) un regime alimentare corretto, associato ad attività fisica e, in casi selezionati a terapia farmacologica. In caso di BMI superiore a 40 il paziente viene direttamente indirizzato al chirurgo (in questi casi la terapia medica è quasi sempre fallimentare).

Chirurgia Bariatrica. Nei casi di fallimento della terapia medica e in presenza di obesità patologica grave si impone l'opzione chirurgica che, come dimostra tutta la bibliografia internazionale, consente di raggiungere ottimi risultati in termini di calo ponderale e nel mantenimento del dimagrimento più a lungo rispetto ai trattamenti non chirurgici. La **Chirurgia Bariatrica** si divide in **Chirurgia Restrittiva** (riduce la quantità di cibo che lo stomaco può contenere - la capacità gastrica viene ridotta da 1500 cc a 40/50cc - senza interferire con i normali processi digestivi), e in **Chirurgia Malassorbitiva** (riduce l'assorbimento di sostanze nutritive attraverso la riduzione del tratto digestivo). Nell'ambito della terapia chirurgica sequenziale dell'obesità (protocollo seguito dal nostro centro), l'intervento più eseguito (95% dei casi) è il Bendaggio Gastrico (Lap-Band). Il Lap band riduce la capacità gastrica grazie ad un bendaggio di silicone gonfiabile posto nella parte superiore dello stomaco. La piccola tasca neo formata, limita la quantità di cibo che può essere assunto, ed il ristretto passaggio attraverso il bendaggio ne aumenta il tempo di svuotamento. La conseguente riduzione dell'assunzione di cibo determina il dimagrimento. L'intervento viene eseguito per via laparoscopica, è regolabile (attraverso una valvola posta nel sottocute) e reversibile, ed ha la minor incidenza di complicanze rispetto a tutti gli altri interventi di chirurgia bariatrica. Nei casi di insuccesso del bendaggio o, in presenza di indicazioni corrette (pz superobesi, bulimici, ipotiroidici, ecc.) si pone indicazione alla chirurgia malassorbitiva. Un dispositivo non



Globesità

Da sinistra a destra:
Dr Daniela Speziani
e Nadia Liborio - psicologhe,
Dr Abdul Berjaoui - chirurgo,
in basso: Dr Pierangelo Bosio,
Dr Fabrizio Palmieri,
Dr Italo Piccini, chirurghi.

SITO - Società Italiana Trattamento Obesità
Contrada delle Bassiche, 28 BS
Tel. 030 2942449

chirurgico viene frequentemente utilizzato nel trattamento dell'obesità è il palloncino intragastrico (BIB), che viene posizionato nello stomaco per via gastroscopia, riempito con fisiologica (500-600cc) e lasciato in sede per non più di 6 mesi. Il BIB trova indicazione nei pazienti con eccesso ponderale di 20-30 kg che non siano riusciti ad ottenere una perdita di peso prolungata con altri programmi terapeutici, o, in preparazione ad altri interventi di chirurgia bariatrica in pazienti fortemente obesi.

Ruolo della chirurgia plastica nel rimodellamento corporeo post-dimagrimento.

Un calo ponderale importante (o un ciclo di escursioni ponderali) secondario ad interventi di Chirurgia Bariatrica o a terapia medica, determina sempre la comparsa di lassità cutanea più o meno importante a seconda dell'entità della perdita di peso, che si manifesta, principalmente, a carico delle seguenti regioni:

- Parete addominale
- Regione mammaria
- Regione crurale interna ed esterna
- Regione supero-mediale delle braccia

Altre regioni possono essere intressate: cervico-facciale, dorso-lombare, sottoscapolo-ascellare, arti inferiori. Il ripristino dell'immagine corporea post-dimagrimento, ultimo atto del trattamento multidisciplinare integrato, necessita pertanto dei seguenti interventi principali: Dermolipectomia Addominale (addominoplastica), Mastopessi, Dermolipectomia crurale (lifting di coscia, Dermolipectomia brachiale (lifting di braccia) e Lipoaspirazione delle adiposità residue.

Il Supporto Psicologico e la Psicoterapia. Di fondamentale importanza nell'ambito dell'approccio interdisciplinare è la figura dello psicologo, durante tutto l'iter diagnostico, terapeutico e del follow up. Se consideriamo che la maggior parte dei pazienti affetti da obesità patologica presenta disturbi del comportamento alimentare e che l'obesità (con le sue peculiari caratteristiche di patologia cronica, evolutiva e recidivante, che spesso determina una dipendenza dal cibo) è del tutto assimilabile alle altre forme di dipendenza (tabagismo, alcoolismo, dipendenza dal gioco, sesso, ecc.), ben si capisce quanto sia importante il ruolo dello Psicologo nel trattamento di questa patologia. L'iter terapeutico prevede una consulenza psicologica iniziale dove vengono analizzate le tematiche inerenti il trattamento proposto e le difficoltà legate alla disfunzione alimentare che potrebbe ostacolare il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Successivamente, verranno eseguiti incontri psico-educativi di gruppo e visite periodiche di controllo per garantire il sostegno psicologico e favorire il processo di cambiamento necessario per il conseguimento dei risultati.

a cura del Dott. Pierangelo Bosio



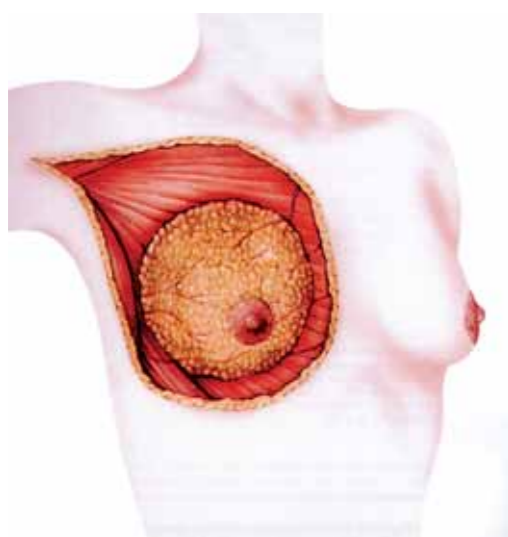
Dott. Pierangelo Bosio

Contrada delle Bassiche, 28 BS
Tel. 030 49794
www.pierangelobosio.it
info@pierangelobosio.it

La Ricostruzione mammaria post-mastectomia è l'intervento che consente il rimodellamento della mammella a seguito di asportazioni parziali (quadrantectomie) o totali (mastectomie) della stessa nell'ambito del trattamento del carcinoma mammario che, come è noto, è il tumore più frequente del sesso femminile (24,9% del totale dei tumori), e rappresenta la prima causa di mortalità per tumore (17,1).

Diversi sono gli interventi chirurgici utilizzati per la ricostruzione mammaria. Attualmente la chirurgia plastica ricostruttiva si integra con la chirurgia oncologica (questa combinazione è conosciuta come Oncoplastica) e si propone di offrire a tutte le pazienti le soluzioni più valide per raggiungere il massimo di radicalità oncologica con il miglior risultato estetico. L'obiettivo della chirurgia oncoplastica è di asportare correttamente la neoplasia rispettando o incrementando il risultato cosmetico dell'esito chirurgico, migliorando, in tal modo, lo standard della chirurgia senologica. La Chirurgia plastica è perciò parte irrinunciabile del trattamento del

Oncoplastica: ricostruzione mammaria **post-mastectomia**

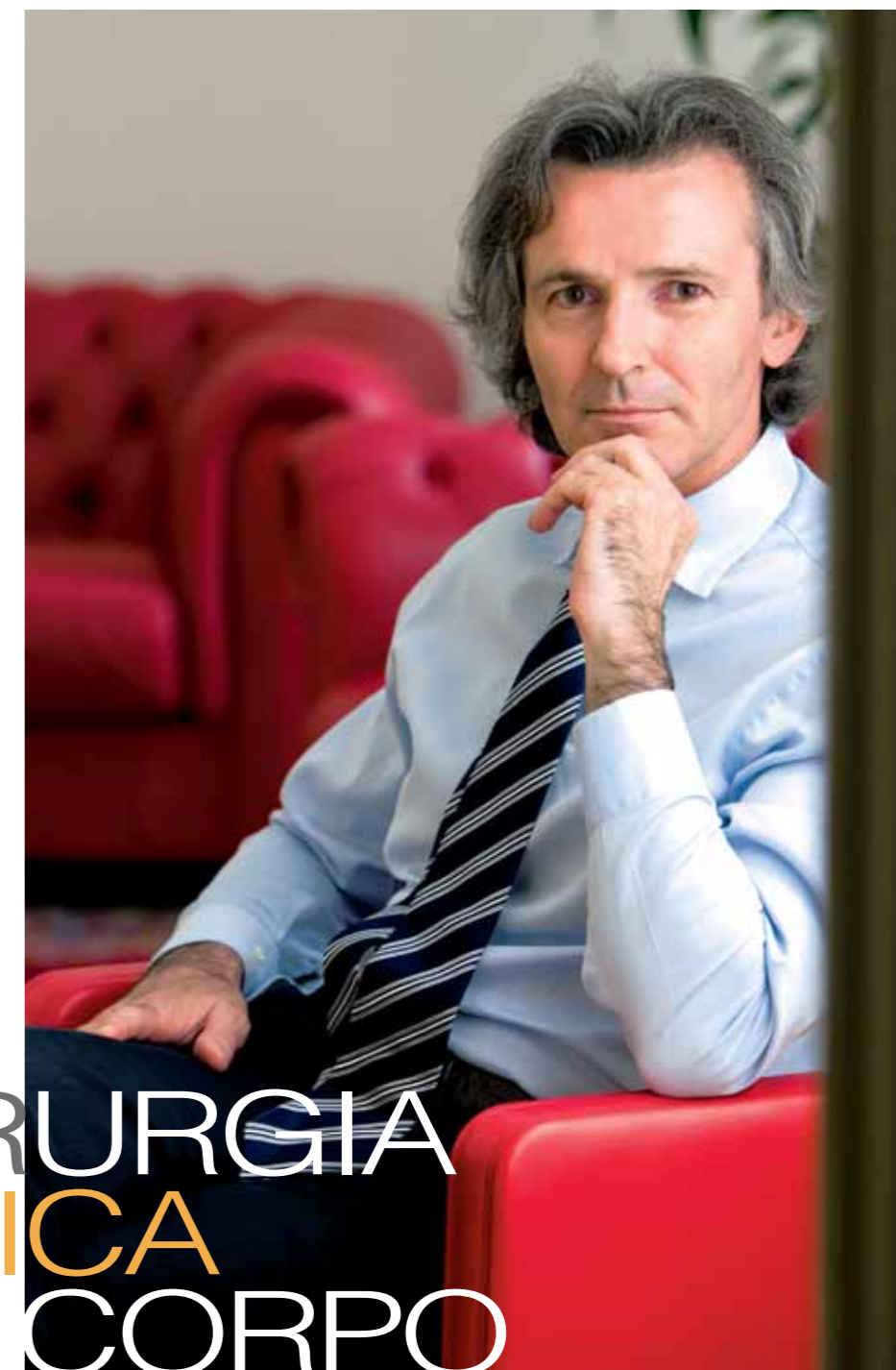


tumore. Oggi, la richiesta di chirurgia oncoplastica è sempre più crescente, da un lato perché il risultato estetico è diventato una preoccupazione del medico, dall'altro perché offre la possibilità di ridurre al minimo gli esiti invalidanti della chirurgia con maggiore consapevolezza, coinvolgimento e partecipazione decisionale della donna. Tutto ciò perché la terapia del tumore della mammella non debba più essere sinonimo di mutilazione per la donna e perché la cura del corpo non debba più essere causa di una malattia dell'anima. La Chirurgia oncoplastica, essendo una chirurgia oncologica che utilizza le tecniche della chirurgia plastica, non può essere standardizzata, bensì programmata sulla singola paziente e sul singolo caso clinico. Tra i diversi interventi proposti per la ricostruzione mammaria, quelli più conosciuti e utilizzati sono:

1) **Ricostruzione post-quadrantectomia** che prevede, in un unico tempo operatorio, l'asportazione della neoplasia e del rispettivo quadrante, il rimodellamento della ghiandola residua e la simmetrizzazione della mammella contro laterale.

2) **Ricostruzione post-mastectomia** che prevede, in un primo tempo, l'asportazione della mammella sede del tumore, con o senza linfonodectomia ascellare, alloggiamento sottomuscolare dell'espansore cutaneo e simmetrizzazione contro laterale. Successivamente, ad espansione avvenuta e stabilizzata (4-6 mesi) si procede al 2° tempo chirurgico con sostituzione dell'espansore con la protesi definitiva. Terzo ed ultimo tempo, la ricostruzione del complesso areola-capezzolo. In casi rari e selezionati si può procedere alla ricostruzione immediata con protesi definitiva. In presenza di complicanze quali radiodermite o assenza di copertura muscolo-cutanea si deve ricorrere alla ricostruzione con lembi (dorsale o addominale).

I principi oncoplastici della chirurgia del seno possono essere estesi a qualsiasi altro di tipo di chirurgia in qualsiasi altra sede del nostro corpo.



LA CHIRURGIA ESTETICA DEL CORPO

I **principali interventi** riguardanti la Chirurgia Estetica del Corpo sono rappresentati da: Lipoaspirazione, Addominoplastica, Lifting di coscia e Lifting di braccia, che analizzeremo di seguito dandovi indicazioni e consigli utili per ciascuno. La parola al Dott. Pierangelo Bosio.

“La Lipoaspirazione è uno degli interventi più richiesti in Chirurgia Estetica. Essa consente di asportare, attraverso l'impiego di apposite cannule, il tessuto adiposo sottocutaneo in eccesso.

Le indicazioni principali sono rappresentate dalle adiposità distrettuali (**Lipoaspirazione Estetica**), quali culotte de cheval, fianchi, parete addominale, ginocchia, caviglie, etc. (fig. 1), e adiposità diffuse (**Lipoaspirazione Funzionale**) associando la metodica al trattamento Medico-Dietetico-Comportamentale ed alla Chirurgia Bariatrica nella terapia del Sovrappeso e dell'Obesità (fig. 2) conclamata. **L'intervento viene eseguito** in Clinica, in anestesia locale o generale. La durata è in relazione all'estensione delle zone da trattare e può variare da 1



(FIG. 1) LIPOASPIRAZIONE ESTETICA A CARICO DELLA REGIONE BITROCANTERICA (CULOTTE), INTERNO COSCE E GINOCCHIA

ora (piccole aree quali, per esempio, ginocchia, caviglie, regione sottomentoniera) a 4 ore per la Lipo total body (fianchi, addome, arti inferiori in toto). Necessita di un giorno di degenza e la convalescenza è, in genere, di pochi giorni. La Lipoaspirazione può essere associata, in presenza di lassità cutanea, ad interventi di Dermolipectomia quali l'Addominoplastica, il Lifting delle cosce e delle braccia.

Nel Postoperatorio, il paziente deve, oltre ad assumere la terapia medica prescritta (antibiotici, analgesici), indossare un tutore elastocompressivo (calza elastica e guaina per gli arti inferiori, fascia o corsetto per addome e torace) per circa un mese.

Una moderata attività fisica può essere ripresa dopo una settimana. Il ritorno alla normalità dopo un mese. I risultati sono da considerarsi definitivi, in quanto il tessuto adiposo asportato non può in alcun modo essere ricostituito. Per questo motivo **la Lipoaspirazione è a tutt'oggi l'unica metodica in grado di rimuovere, in modo completo e definitivo, il tessuto adiposo sottocutaneo in eccesso.**

L'Addominoplastica, o Dermolipectomia addominale (fig. 3 - 4), è l'intervento che serve per il rimodellamento della parete addominale attraverso la plastica dei muscoli e l'asportazione del tessuto adiposo e della cute in eccesso. È l'intervento più richiesto nel paziente obeso dimagrito, al 2° posto, dopo la chirurgia del seno, nel paziente normopeso. L'indicazione principale è rappresentata dalla lassità cutanea associata o meno ad adiposità localizzata (ventre pendulo) responsabile di sintomi quali algie dorso-lombari (da sovraccarico meccanico) e dermatiti croniche o recidivanti delle pliche cutanee sovra pubiche. Altre indicazioni sono: la diastasi dei muscoli retti (frequente dopo gravidanze o incrementi ponderali), le ernie ed i laparoceli.

L'intervento viene eseguito in Clinica, in anestesia generale, dura circa 2 ore e necessita di 1-2 giorni di degenza. La convalescenza è di circa 15 giorni con ripresa delle normali attività dopo un mese. L'Addominoplastica può essere associata ad altri interventi di rimodellamento del corpo quali la Lipoaspirazione (fianchi, addome superiore, etc.) Lifting di coscia e Mastoplastiche. Tra gli **interventi combinati**, quello più richiesto in assoluto è l'**Addominoplastica associata alla Mastopessi** con protesi. Tale intervento viene in genere richiesto da pazienti di 40-50 anni, pluripare e che presentano oltre alla lassità cutanea della parete addominale, anche il consensuale svuotamento del seno, secondario a fenomeni fisiologici quale l'allattamento, il dimagrimento o il semplice ed inevitabile invecchiamento cutaneo. La possibilità di eseguire interventi combinati, qualora le condizioni cliniche della paziente e la durata degli stessi lo consentono senza esporre il paziente ad un aumentato rischio operatorio ed anestesiológico, rappresenta un indubitabile vantaggio: riduzione dei tempi operatori, riduzione delle anestesie, unica degenza, unica convalescenza e, cosa non trascurabile, una sensibile riduzione dei costi.



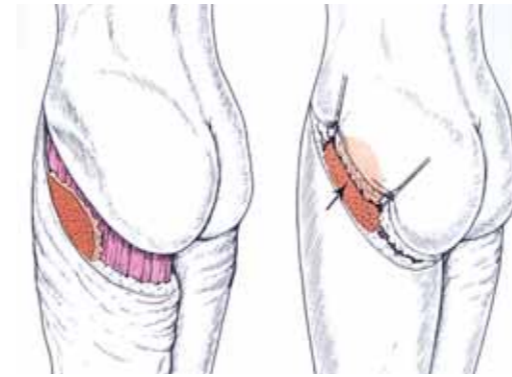
(FIG. 3) ADDOMINOPLASTICA IN PAZIENTE NORMOPESO DI ANNI 40.



(FIG. 4) DERMOLIPECTOMIA ADDOMINALE IN PAZIENTE DI ANNI 53 CON CALO PONDERALE DI 50 KG.



(FIG. 2) PAZIENTE EX GRANDE OBESA SOTTOPOSTA A BENDAGGIO GASTRICO E SUCCESSIVI INTERVENTI DI DERMOLIPECTOMIA ADDOMINALE, LIFTING DI COSCIA, LIPOASPIRAZIONE REGIONE LOMBARRE E ARTI INFERIORI.



(FIG. 5) LIFTING GLUTEO-TROCANTERICO.



(FIG. 6) LIFTING DI BRACCIA.



(FIG. 7) TESSUTO ADIPOSO PRELEVATO DALLA REGIONE PERI-OMBELICALE



(FIG. 8) IMPIANTO DI TESSUTO ADIPOSO AUTOLOGO IN PAZIENTE AFFETTO DA SINDROME DI POLLAND

LA CHIRURGIA ESTETICA DEL CORPO

Il Lifting di coscia o dermolipectomia crurale interna, è l'intervento che serve per rimodellare il 3° supero-mediale della coscia attraverso l'asportazione del tessuto adiposo e della cute in eccesso (fig. 2). L'indicazione principale è rappresentata da lassità cutanea associata o meno ad adiposità localizzata secondaria ad un fenomeno fisiologico di invecchiamento cutaneo che interessa prevalentemente il sesso femminile a partire dalla 4°-5° decade di vita.

Insieme all'Addominoplastica è uno degli interventi più richiesti dal paziente obeso dimagrito nell'ambito del rimodellamento corporeo post-dimagrimento. Questi pazienti presentano, infatti, importante lassità cutanea a livello della regione mediale di coscia responsabile di dermatiti croniche o recidivanti inguino-crurali e difficoltà alla deambulazione. L'intervento viene eseguito in Clinica, in anestesia generale o spinale, dura circa 2-3 ore e necessita di 1-2 giorni di degenza. La convalescenza è di circa 15 giorni con ripresa delle normali attività dopo un mese.

Il Lifting gluteo-trocanterico o Dermolipectomia crurale esterna (fig. 5) è l'intervento che serve per rimodellare la regione supero-esterna di coscia (regione trocanterica) ed il polo inferiore del gluteo, attraverso l'asportazione del tessuto adiposo e della cute in eccesso. L'intervento viene eseguito solo in presenza di eccessiva lassità cutanea a seguito di un notevole decremento ponderale. Viceversa, in presenza di adiposità localizzata è preferibile eseguire la Lipoaspirazione. La durata dell'intervento è di circa 2 ore e necessita di 1-2 giorni di degenza.

Il Lifting delle braccia o dermolipectomia brachiale (fig. 6), analogamente al lifting di coscia, serve per rimodellare il 3° supero-mediale delle braccia, attraverso l'asportazione della cute in eccesso responsabile, in pazienti obesi dimagriti, di dermo-ipodermite brachio-ascellari da sfregamento e algie a carico dell'articolazione scapolo-omerale secondarie alla posizione del braccio. La durata dell'intervento è di circa 2 ore e necessita di un giorno di degenza.

Lipofilling: per trapianto autologo di tessuto adiposo (lipofilling o autotrapianto di grasso) si intende il prelievo di grasso da una zona donatrice (parete addominale, arti inferiori) ed il suo impianto in una zona ricevente. **Le principali indicazioni in campo estetico** (ne esistono molte altre di natura funzionale) sono rappresentate da: Irregolarità cutanee (esiti di precedenti interventi quali Lipoaspirazione, Mastoplastiche, etc.), ipotrofia labiale, ipoplasia zigomatico-malare, ipotrofia mentoniera, ipotrofia mammaria e glutea. Il Lipofilling viene generalmente eseguito in anestesia locale in regime di day hospital (fig. 7 - 8). Il trattamento può essere ripetuto dopo 4-6 mesi".

Dott. Pierangelo Bosio
Contrada delle Bassiche, 28 25122 Brescia
Tel. 030 49794 - Fax 030 44704



Dott. Pierangelo Bosio: chirurgo estetico, Dott. Fausto Donati: responsabile reparto ORL, Istituto Clinico S. Anna Brescia.

CHIRURGIA ESTETICO FUNZIONALE DEL NASO

ph. Paolo Stroppa

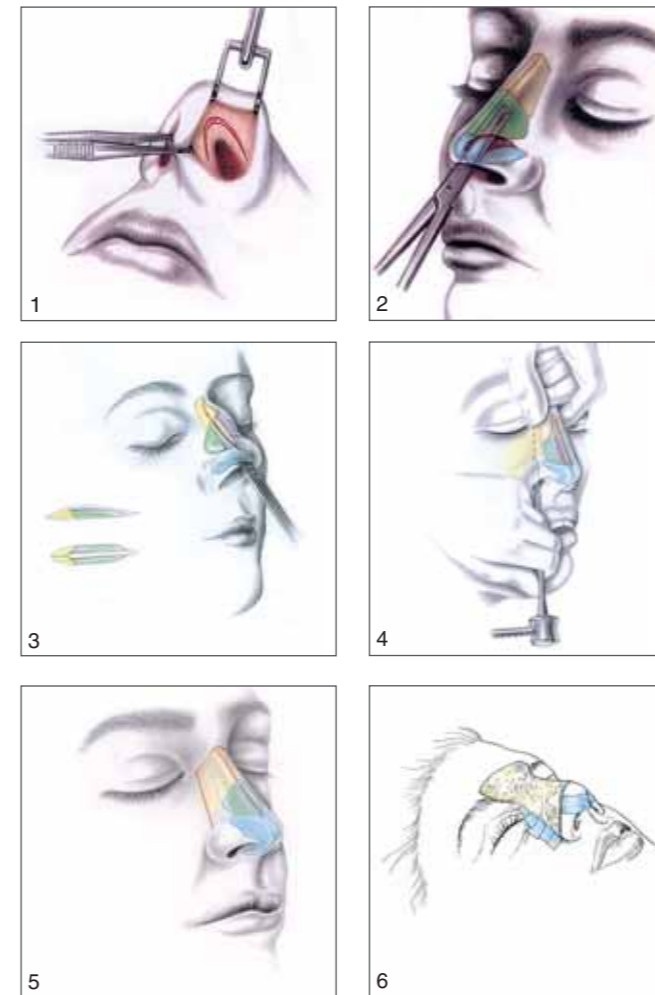
LA PAROLA AL DOTT. PIERANGELO BOSIO

La Rinoplastica è l'intervento che consente di correggere le Deformità della piramide nasale. Rappresenta uno degli interventi più richiesti in ambito estetico. Interessa sia uomini che donne (con leggera prevalenza di quest'ultime) in età giovane adulta.

Dott. Bosio, in cosa si differenzia la Rinoplastica tradizionale da quella Estetico-funzionale?

“La Rinoplastica tradizionale mira a correggere solo le alterazioni estetiche a carico della piramide nasale (asportazione del gibbo osteo-cartilagineo o gobba, rimodellamento delle cartilagini alari in presenza di punta globosa). Viceversa, la **Rinoplastica estetico-funzionale** (fig. 7 e 8) ha come obiettivo la correzione, nel medesimo tempo chirurgico, sia delle alterazioni estetiche (gibbo, ipertrofia della punta, deviazione, insellamento etc.), che delle alterazioni funzionali (deviazione del setto, ipertrofia dei turbinati, etc.) che determinano un ostacolo più o meno importante alla respirazione. Ricordiamo che il naso costituisce la prima parte dell'apparato respiratorio, esplicando funzioni molto importanti quali la **Filtrazione** (attraverso le vibrisse nasali), il **riscaldamento** (con l'ausilio dei turbinati, strutture particolari, costituite da tessuto cavernoso erettile in grado di modificare il loro volume in risposta a diversi fattori) e l'**umidificazione** dell'aria, consentendo, in tal modo, all'aria inspirata di raggiungere le basse vie aeree (bronchi e polmoni) in condizioni ottimali, pena gravi sequele bronco-polmonari. **Da qui l'importanza di rispettare e/o ripristinare l'integrità anatomo-funzionale delle strutture interne del naso nel corso di interventi di Rinoplastica**”.

Vi è quindi la necessità di una collaborazione con uno specialista in Otorinolaringoiatria. Qual è l'importanza e che ruolo riveste la figura dell' Otorinolaringoiatra?



1. INCISIONE ENDONASALE
2. ISOLAMENTO DEL GIBBO
3. GIBBOTOMIA - ASPORTAZIONE DEL GIBBO
4. FRATTURE BASALI
5. AFFRONTAMENTO DELLE OSSA NASALI E CHIUSURA DEL TETTO
6. MEDICAZIONE CON TAMPONI ENDONASALI E PLACCA CONTENITIVA
- 7-8. CASI CLINICI DI RINOPLASTICA ESTETICO FUNZIONALE.
9. VALUTAZIONE ORL PREOPERATORIA.

“In presenza di alterazioni funzionali, lo specialista ORL riveste un ruolo di fondamentale importanza sia in ambito diagnostico (attraverso la rinoscopia anteriore e posteriore con fibre ottiche, la Rinomanometria, etc) (fig. 9), con conseguente corretta pianificazione operatoria, chirurgico (l'Otorino si occupa di correggere in prima persona le alterazioni funzionali del naso: settoplastica, devascularizzazione sottomucosa dei turbinati, etc) e di valutazione clinico-strumentale postoperatoria”.

Ci può fare una breve descrizione dell'intervento?

“L'intervento viene eseguito in clinica, in anestesia generale, dura circa 1 ora e necessita di un giorno di degenza. Tecnicamente viene eseguita una incisione all'interno del naso (solo raramente si esegue un'incisione esterna a livello della columella nei casi di nasi complessi o plurioperati), che consente di accedere a tutte le strutture che devono essere rimodellate o asportate (vedi schemi da 1 a 6). Si procede con lo scollamento del piano osteo-cartilagineo dal mantello cutaneo di rivestimento, con l'asportazione del gibbo e il rimodellamento delle cartilagini alari e triangolari. Si attuano delle osteotomie basali (fratture delle pareti laterali delle ossa nasali) per chiudere il tetto (dorso del naso) e si procede con l'applicazione di tamponi endonasali a scopo emostatico, di sostegno e come drenaggio. Infine vi è il posizionamento di una placca di contenimento sulla piramide nasale, da tenere in sede per 7-8 giorni”.

E dopo l'operazione?

“La convalescenza è di circa una settimana dopodiché viene rimossa la placca contenitiva. L'attività fisica può essere ripresa dopo 15 giorni, quella agonistica dopo un mese. Di fondamentale importanza i controlli postoperatori, da fare a 1-3-6-12 mesi per una corretta valutazione del decorso postoperatorio”.



L'INTERVENTO VIENE ESEGUITO IN CLINICA, IN ANESTESIA GENERALE, DURA CIRCA 1 ORA E NECESSITA DI UN GIORNO DI DEGENZA. LA CONVALESCENZA È DI CIRCA UNA SETTIMANA DOPODICHÉ VIENE RIMOSSA LA PLACCA CONTENITIVA. L'ATTIVITÀ FISICA PUÒ ESSERE RIPRESA DOPO 15 GIORNI, QUELLA AGONISTICA DOPO UN MESE.

Contrada delle Bassiche, 28 BS - Tel. 030 49794
www.pierangelobosio.it - info@pierangelobosio.it

Informazione pubblicitaria - Approvato dall'Ordine dei Medici



LA CHIRURGIA DEL SENO

ph. Paolo Stroppa

DALLA CHIRURGIA ONCOLOGICA ALLA CHIRURGIA PLASTICA
RICOSTRUTTIVA ED ESTETICA.

Concetto di Oncoplastica e di Breast Unit

Il carcinoma della mammella è, come noto, il tumore più frequente del sesso femminile (24.9% del totale dei tumori) e rappresenta la prima causa di morte per tumore (17,1%). In base ai dati forniti dal Registro Tumori, nel nostro paese, ogni anno, il carcinoma mammario colpisce ancora oltre 32.000 donne e causa quasi 12.000 decessi.

Attualmente la sua cura non può essere demandata ad un singolo specialista, ma necessita dell'intervento di molteplici figure professionali - si parla appunto di trattamento multidisciplinare - che trova la sua espressione ultima nella cosiddetta "Breast Unit".

Nella Breast Unit il chirurgo oncologo, il chirurgo plastico, il radiologo, l'oncologo-radioterapista, l'anatomo-patologo, lo psicologo e il fisioterapista collaborano al fine di offrire alla paziente il trattamento più idoneo.

La collaborazione e la discussione tra i componenti della Breast Unit, sono necessari, perché la terapia del carcinoma mammario non può essere standardizzata meccanicamente, bensì programmata sulla singola paziente e sul singolo caso clinico. Il mutamento del rapporto medico paziente, non più paternalistico, insieme alla disponibilità, praticamente illimitata, di informazioni non sempre attendibili rendono indispensabile il confronto tra componenti della Breast Unit, paziente e medico di Medicina Generale, per realizzare la condivisione delle scelte terapeutiche.

Importanza della diagnosi precoce

Il mezzo più efficace per contrastare e combattere il tumore della mammella è senza dubbio la **Diagnosi Precoce**. Scoprire un tumore in fase iniziale consente di poterlo affrontare con una elevata possibilità di guarigione (superiore al 90%). È quindi fondamentale l'azione preventiva, poiché il carcinoma della mammella è una patologia la cui incidenza è in costante e pericolo-



sa ascesa, soprattutto nelle giovani donne (30-40 anni). Una diagnosi tempestiva comporta una forte riduzione del tasso di mortalità senza, peraltro, produrre gravi danni alla paziente. Dal punto di vista diagnostico-strumentale, la **Mammografia** rimane l'esame più importante per la diagnosi precoce del carcinoma mammario e può essere utilizzata in tutte le fasce di età. L'**Ecografia** è l'esame complementare per eccellenza, dotata anch'essa di grande affidabilità e capacità diagnostica, aumenta la sensibilità della mammografia soprattutto se impiegata in giovani donne.

Da qualche anno la **Risonanza Magnetica** ha trovato un ruolo importante nella pratica clinica quotidiana, ma essendo metodica sofisticata e costosa viene riservata ai casi più complessi e alla ricerca del tumore in donne ad elevato rischio genetico. Esistono infine una serie di tecniche biottiche mini-invasive che sostituiscono la biopsia chirurgica tradizionale aumentando la specificità delle altre tecniche. Vengono eseguite in ambulatorio con il minimo disturbo per le pazienti.

Relativamente al tipo di lesione ed alla metodica che l'ha individuata possono essere eseguite sotto guida ecografica o mammografica (radiostereotassica), con aghi sottili per raccogliere cellule e con aghi di maggior calibro per raccogliere frammenti di tessuto nel contesto della lesione.

Importanza di una corretta valutazione anatomo-patologica

Il laboratorio di Anatomia Patologica riceve ed analizza piccoli campioni di tessuto prelevati con tecnica agoaspirativa/ago biottica e campioni da asportazione chirurgica inviati dalla sala operatoria (noduli, settori, ghiandola in toto). L'anatomo patologo, dopo accurata osservazione, formula la "Diagnosi Istologica" che definisce la natura della malattia e specifica alcune sue caratteristiche. I contenuti della diagnosi integrati da raffinate indagini immunoistochimiche degli indicatori prognostici di malignità associati a valutazioni cliniche e strumentali sono utilizzati dal chirurgo per decidere nel miglior modo possibile il tipo di intervento da eseguire e dall'oncologo per pianificare l'eventuale radio/chemioterapia. L'anatomo-patologo, invisibile alle pazienti che non lo incontrano mai direttamente, le segue lungo il loro iter ospedaliero: all'inizio con la prima diagnosi, nella fase intermedia con esami integrativi (ad esempio con l'esame del linfonodo sentinella per stabilire se eseguire o meno l'adenectomia ascellare), nella fase conclusiva con l'analisi del campione chirurgico definitivo.

Trattamento chirurgico

Diversi sono gli interventi utilizzati per il trattamento del carcinoma della mammella. Attualmente la **Chirurgia Oncologica** si integra con la **Chirurgia Plastica Ricostruttiva** (questa combinazione è conosciuta come **Oncoplastica**) e si propone di offrire a tutte le pazienti le soluzioni più valide per raggiungere il massimo di radicalità oncologica con il miglior risultato estetico. L'obiettivo della chirurgia oncoplastica è di asportare cor-

NELLA PAGINA A FIANCO
DA SINISTRA A DESTRA:
- DR. MAURO CASTELLANI,
RESPONSABILE SERVIZIO SENOLOGIA
DIAGNOSTICA,
- DR. PIERANGELO BOSIO,
CHIRURGIA ESTETICA,
- DR. ALBERTO ALGHISI,
RESPONSABILE U.O. ONCOLOGIA MEDICA,
- DR. ANTONIO BARNI,
RESPONSABILE U.O. CHIRURGIA GENERALE,
- DR. FABRIZIO PALMIERI,
CHIRURGIA GENERALE.

IN ALTO A SINISTRA:
- DR. SSE MONICA GUARAGNI
E NELLA RUZZENENTI,
SERVIZIO ANATOMIA PATOLOGICA.
A DESTRA:
- DR. ALBERTO ALGHISI,
DR. SSA ENRICA AMBROSI,
ONCOLOGIA MEDICA.

ISTITUTO CLINICO S.ANNA BRESCIA

rettamente la neoplasia rispettando o incrementando il risultato cosmetico dell'esito chirurgico, migliorando, in tal modo, lo standard della chirurgia senologica. La chirurgia plastica è perciò parte irrinunciabile del trattamento del tumore. Oggi, la richiesta di chirurgia oncoplastica è in continuo costante aumento, da un lato perché il risultato estetico è diventato una preoccupazione del medico, dall'altro perché offre la possibilità di ridurre al minimo gli esiti invalidanti della chirurgia con maggiore consapevolezza, coinvolgimento e partecipazione decisionale da parte delle donna. Tutto ciò perché la terapia del tumore della mammella non debba più essere sinonimo di mutilazione per la donna e perché la cura del corpo non debba più essere causa di una malattia dell'anima. La Chirurgia oncoplastica, essendo una chirurgia oncologica che utilizza le tecniche della chirurgia plastica, non può essere standardizzata, bensì programmata sulla singola paziente e sul singolo caso clinico. Tra i diversi interventi impiegati per la ricostruzione mammaria, i principali sono:

1- Ricostruzione post-quadrantectomia: che prevede, in un unico tempo operatorio, l'asportazione della neoplasia e del rispettivo quadrante, il rimodellamento della ghiandola residua e l'eventuale simmetrizzazione della mammella contro laterale.

2- Ricostruzione post-mastectomia: che prevede, in un primo tempo, l'asportazione della mammella sede del tumore, con o senza linfadenectomia ascellare, alloggiamento sottomuscolare dell'espansore cutaneo e simmetrizzazione contro laterale. A questo proposito è da segnalare come, nell'ottica di eseguire interventi oncologicamente corretti ma con danno estetico minore possibile, si siano affermate tecniche quali la mastectomia con risparmio della cute (skin sparing mastectomy) e la mastectomia con risparmio del capezzolo (nipple sparing mastectomy). Successivamente, ad espansione avvenuta e stabilizzata (4-6 mesi) si procede al 2° tempo chirurgico con sostituzione dell'espansore con la protesi definitiva. Terzo ed ultimo tempo, la ricostruzione del complesso areola-capezzolo.

In casi rari e selezionati si può procedere alla ricostruzione immediata con protesi definitiva. In presenza di complicanze quali radiodermite o assenza di copertura muscolo-cutanea si deve ricorrere alla ricostruzione con lembi (dorsale o addominale), o, in alternativa o in associazione alla infiltrazione di tessuto adiposo autologo (lipofilling), che grazie all'alto contenuto di cellule staminali presenti nel grasso, è in grado di rigenerare i tessuti sede dell'impianto.

Trattamento medico

La chirurgia rappresenta indubbiamente l'intervento cardine nel trattamento del carcinoma mammario; ciò nonostante una considerevole percentuale di pazienti sottoposte ad asportazione chirurgica, sviluppa una ricaduta della malattia entro un variabile periodo di tempo. Ciò viene spiegato dal fatto che alcune neoplasie hanno un elevato "potenziale metastatico", per cui già nelle prime fasi di sviluppo del tumore, alcune cellule si staccano e migrano in regioni anatomiche distanti (micro metastasi): in questi casi si parla di patologia sistemica e non più d'organo (cioè limitata esclusivamente alla mammella) e pertanto la sola chirurgia non è sufficiente al conseguimento della guarigione. La terapia medica del carcinoma della mammella utilizza tre categorie di farmaci: **farmaci chemioterapici** (distruggono le cellule tumorali agendo sui processi di crescita delle cellule stesse); **farmaci antiormonali** (privano le cellule tumorali di specifici ormoni che hanno vitale importanza per l'attività cellulare); **anticorpi monoclonali** (stimolano il sistema immunitario a riconoscere e distruggere le cellule neoplastiche).

Le conoscenze mediche attuali in campo oncologico ci consentono di stabilire il grado di rischio che una specifica neoplasia può manifestare; infatti mediante la valutazione dei fattori prognostici di tipo ematologico, istologico, biologico e genetico, si è in grado di classificare il rischio in tre categorie: alto, medio e basso. Sulla base di questo verrà personalizzato il protocollo di trattamento per ogni singolo paziente.

Il ruolo della Radioterapia

Il ruolo della Radioterapia nel trattamento del carcinoma mammario si è andato evolvendo nel tempo, in rapporto alle continue acquisizioni sulla storia naturale della



malattia ed al progresso tecnologico che ha permesso l'introduzione nell'uso clinico di apparecchiature sempre più sofisticate. In pratica, le principali indicazioni sono:

Dopo chirurgia conservativa (Quadrantectomia): la chirurgia conservativa, basata sulla rimozione del solo segmento di mammella comprendente la neoplasia, è ormai da considerare la terapia standard per tumori di dimensioni limitate. Il ricorso al trattamento radiante della mammella residua è giustificato, in questi casi, dalla necessità di sterilizzare eventuali foci neoplastici, multicentrici o nel letto operatorio, residuati all'intervento chirurgico. Nonostante siano stati effettuati vari studi, ed altri siano in corso, in cui le pazienti non sono state sottoposte a irradiazione, il trattamento radiante dopo chirurgia conservativa deve essere considerato ancora, nella pratica routinaria, parte integrante dell'approccio conservativo. Il tasso di recidive intramammarie, infatti, in casistiche non selezionate, è di solito inferiore al 10% nelle pazienti sottoposte a irradiazione rispetto al 20-40% di quelle non sottoposte a tale trattamento.

Dopo Chirurgia radicale (Mastectomia): è limitata solo a casi particolari di tumori in fase avanzata con esteso coinvolgimento linfonodale loco-regionale.

In presenza di recidive loco-regionali.

Intraoperatoria: ancora in fase sperimentale.

Fisioterapia postoperatoria

Di fondamentale importanza, all'interno di un trattamento multidisciplinare integrato, sono: **la Fisioterapia postoperatoria** per ottenere un più rapido recupero funzionale e per prevenire e trattare eventuali complicanze quali il braccio grosso (linfedema dell'arto superiore secondario a svuotamento del cavo ascellare), e il **Supporto Psicologico** che viene proposto di routine in tutti i pazienti oncologici con sedute individuali e di gruppo con coinvolgimento, qualora richiesto o necessario, anche del nucleo familiare.

Dott. Pierangelo Bosio
Contrada delle Bassiche, 28 25122 Brescia
Tel. 030 49794 - Fax 030 44704

LA CHIRURGIA ESTETICA DEL VOLTO IL LIFTING FACCIALE

Il **Lifting Facciale** è uno degli interventi più richiesti in assoluto in Chirurgia Estetica, ed è in costante aumento.

Ciò dipende da due fattori principali: il primo è l'aumento progressivo della vita media e il secondo è la sensibile riduzione dei costi (50% in meno rispetto a 20 anni fa).

A questi è da aggiungere la richiesta continua di benessere (vedi esplosione del fitness, wellness, etc.). La cultura del proprio corpo, intesa come raggiungimento e mantenimento di uno stato di benessere psico-fisico, ha determinato un nuovo approccio alla chirurgia estetica del volto e non solo. Non più interventi invasivi eseguiti in età avanzata con chiaro sconvolgimento della fisionomia del soggetto, bensì interventi meno invasivi, eseguiti secondo la logica del "tagliando" a partire dalla comparsa dei primi segni di invecchiamento cutaneo (35-40 anni) e con un approccio combinato medico-chirurgico che vedremo in seguito.

Il Lifting facciale viene classicamente distinto in: **Lifting cervico-facciale totale** (o temporo-facio-cervicale), generalmente eseguito in età avanzata, in presenza di abbondante lassità cutanea e muscolare, e **Lifting parziale o mini lifting** (temporale, zigomatico, cervicale, etc.), generalmente eseguito in giovane età (40-50) in presenza di un modesto rilassamento cutaneo-muscolare.

Il **lifting cervico-facciale** (parziale o totale) consente di correggere la las-



DR. PIERANGELO BOSIO,
CHIRURGO ESTETICO,
ISTITUTO CLINICO
S. ANNA, BRESCIA.



Lifting cervico-facciale completo, Blefaroplastica supero/inferiore, Tossina botulinica fronto-orbitaria Lipofilling zigomatico. Pre-post operatorio a 1 mese dall'intervento.

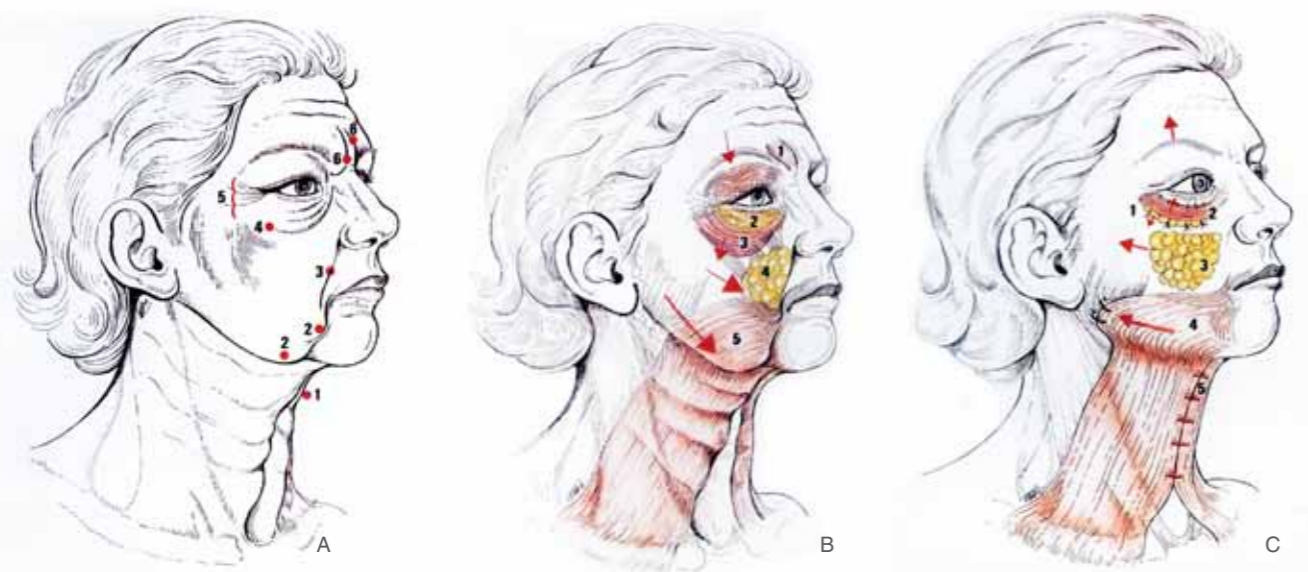
sità cutanea a livello del distretto cervico-facciale, attraverso l'asportazione dell'eccesso cutaneo ed il riposizionamento del piano sottocutaneo e muscolare. L'intervento viene eseguito in clinica, in anestesia generale (lift totale) o in anestesia locale assistita (lift parziale). La durata dell'intervento è di 2-4 ore e necessita di un giorno di degenza. La rimozione dei punti avviene dopo 5 giorni per la regione preauricolare e dopo 10-12 giorni per la regione retro auricolare. Il paziente è socialmente presentabile dopo circa 15 giorni ed i risultati definitivi saranno apprezzabili dopo un paio di mesi.

Al **lifting facciale** possono essere associati, nell'ambito dell'approccio combinato medico-chirurgico per il ringiovanimento cutaneo del volto, altri trattamenti quali la **Tossina botulinica** per la terapia delle rughe frontali, glabellari e periorculari, i **fillers** per il riempimento delle labbra, della regione zigomatica e mentoniera e per la correzione di solchi e rughe in genere, ed il **Lipofilling**, ovvero il trapianto di tessuto adiposo autologo prelevato in genere a livello periombelicale e reimpiantato a livello del volto per ricostituire quei volumi che il fisiologico fenomeno di invecchiamento ha determinato a carico soprattutto della regione zigomatico-geniena. Il trapianto di grasso consente, inoltre, in virtù dell'alta concentrazione di cellule staminali totipotenti in esso presenti, la rigenerazione dei tessuti sede dell'innesco con straordinari effetti di ringiovanimento cutaneo in alcun modo raggiungibili con le metodiche convenzionali (fillers, laser, peeling etc.).

IL LIFTING FACCIALE VIENE CLASSICAMENTE DISTINTO IN: LIFTING CERVICO-FACCIALE TOTALE (O TEMPORO-FACIO-CERVICALE), GENERALMENTE ESEGUITO IN ETÀ AVANZATA, IN PRESENZA DI ABBONDANTE LASSITÀ CUTANEA E MUSCOLARE, E LIFTING PARZIALE O MINI LIFTING (TEMPORALE, ZIGOMATICO, CERVICALE, ETC.), GENERALMENTE ESEGUITO IN GIOVANE ETÀ (40-50) IN PRESENZA DI UN MODESTO RILASSAMENTO CUTANEO-MUSCOLARE.



Minilifting cervico-facciale e Blefaroplastica supero/inferiore. Pre-postoperatorio a 1 mese dall'intervento.



In A e B è evidenziata la lassità cutanea e muscolare, in C viene schematizzato il riposizionamento cutaneo, sottocutaneo e muscolare.

Dott. Pierangelo Bosio
Contrada delle Bassiche, 28
25122 Brescia
Tel. 030 49794
Fax 030 44704