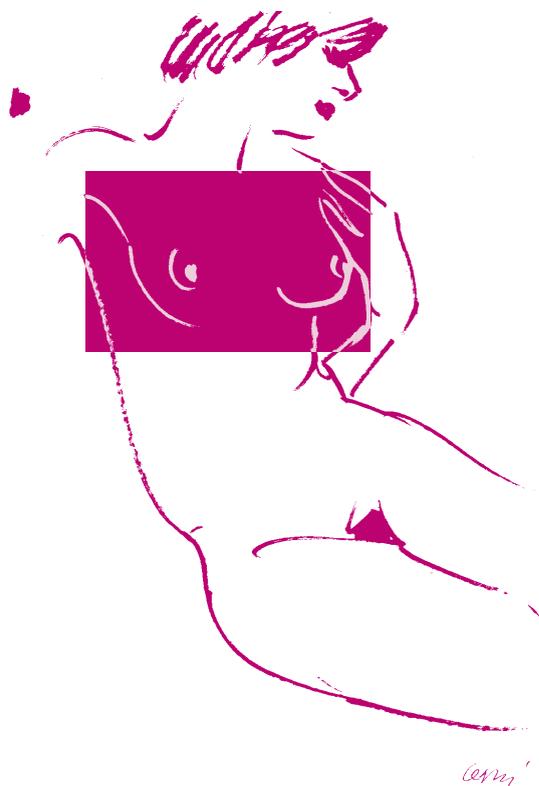


Francesco Filippi - Vincenzo Ottaviano

in collaborazione con  
Piero Berrino - Massimo Renzi - Massimiliano Ricci

# Un seno sensato

Storie e tecniche di mastoplastica



red@zione

Collana

PIU'  
DONNA

n. 1

Filippi-Ottaviano  
Una "vita" nuova

n. 2

Filippi-Renzi  
Un volto svelato

n. 3

Filippi-Ottaviano  
Un volto svelato

*In preparazione (titolo provvisorio)*

Filippi-Ricci  
Estetica maschile

Le tecniche più moderne della chirurgia estetica spiegate in modo chiaro attraverso schede riassuntive e il racconto di esperienze vissute da pazienti, per delineare gli atteggiamenti psicologici più comuni, per individuare i comportamenti corretti e quelli sbagliati, per spiegare come la chirurgia estetica risolve spesso importanti problemi di identità. Ma anche per rammentare come non si tratti della risposta a un capriccio, ma di una decisione che va assunta in modo cosciente dal paziente, consigliato da specialisti preparati e attuata in strutture adeguate.

Questo terzo volume della collana "Più Donna" diretta da Francesco Berti Riboli, si occupa delle tecniche di mastoplastica additiva, sospensiva, riduttiva e ricostruttiva. Gli autori illustrano, con un linguaggio accattivante e sintetico, le caratteristiche, la durata, le condizioni in cui è opportuno sottoporsi a questi interventi, il decorso postoperatorio. Il titolo del volume, oltre a porsi ritmicamente in linea con i due precedenti, contiene un'indicazione meditata: un seno "sensato" significa anche non sottovalutare le implicazioni psicologiche della mastoplastica (ovviamente quella ricostruttiva è sempre, per definizione, "sensata") e ragionare sui pericoli delle mode, delle imitazioni di certi modelli che appartengono al mondo irrealistico dello spettacolo e non a quello della vita di tutti noi.

Così come negli altri volumi della collana, gli autori accompagnano le schede scientifiche con storie di pazienti: la lettura diventa così interessante e persino divertente, consentendo di approfondire tematiche mediche in modo chiaro, attraverso piccoli quadretti desunti dall'attività svolta dai medici dell'équipe di Francesco Filippi.

*In copertina, Renato Cenni (1906 - 1977), Donna allo specchio, china, Genova collezione privata*

Collana **PIU'**  
**DONNA** n. 3

direzione scientifica FRANCESCO BERTI RIBOLI

direzione editoriale MARIO BOTTARO  
redazione EMANUELA MORTARI  
grafica LAURA RESASCO  
disegni originali OSVALDO DEVOTO

Prima edizione maggio 2006  
Tutti i diritti riservati

© Editore Redazione srl  
via dei Santi Giacomo e Filippo 19/6  
16122 Genova  
info@e-redazione.it  
www.e-redazione.it

ISBN 88-901843-4-5

Francesco Filippi – Vincenzo Ottaviano

**Un seno sensato**  
Storie e tecniche di mastoplastica

red@azione

## Prefazione

Filo conduttore di questa collana – lo abbiamo scritto nei primi due volumi pubblicati nel 2005 e questo concetto è stato ben compreso nelle molte recensioni a essi dedicate – è da un lato la “volgarizzazione” della chirurgia estetica e, dall’altro, il ribadire continuamente che, appunto, si sta parlando di chirurgia: ragioniamo dunque di temi scientifici – abitualmente trattati con terminologia per iniziati – utilizzando un linguaggio chiaro, accessibile anche a chi esperto non è.

Abbiamo scelto un modo nuovo per approfondire temi per i quali non esiste quasi mai un equilibrio linguistico: o si trovano testi specialistici o ci si imbatte in interpretazioni mediatiche che semplificano l’argomento, riducendolo, con una leggerezza preoccupante, a fatto di consumo, di moda. In qualche caso – e citiamo per esempio la trasmissione televisiva “Extreme Makeover” – la chirurgia estetica diventa una poltiglia spettacolare nella quale si uniscono elementi del “Grande Fratello”, del narcisismo superficiale tipico di una certa società consumistica (che sempre più prende piede) e della festa popolare, miscelati con una superficialità che fa rabbrivire.

Noi siamo fermamente convinti che alla base della medicina – che è senza dubbio una professione (e nel mio caso specifico un modo di fare impresa) e che quindi può lecitamente contenere componenti legate al successo e al guadagno – debba esistere l’adesione etica a principi e valori che, in primo piano, mettono la persona e, cioè, il paziente.

La chirurgia estetica, in quest’ottica, presuppone, ancor più di qualunque altro settore della medicina, un atteggiamento di grande rigore e di estrema correttezza da parte dei medici.

Il titolo di questo volume, oltre a porsi ritmicamente in linea con i due precedenti, contiene proprio questa indicazione: un seno “sensato” significa anche non sottovalutare le implicazioni psicologiche della mastoplastica (ovviamente quella

## UN SENO SENSATO

ricostruttiva è sempre, per definizione, “sensata”), ma anche a rivolgere un avvertimento sui pericoli delle mode, delle imitazioni di certi modelli che appartengono al mondo irrealistico dello spettacolo e non a quello della vita di tutti noi. Abbiamo utilizzato il termine discorsivo “seno”, anche se nel volume si spiega che stiamo parlando di mammelle e che il seno è altra cosa.

La mastoplastica, anzi, è forse la parte di chirurgia estetica maggiormente soggetta a questi pericoli. Perciò il richiamo alla “sensatezza” - che forse, per convenienza, alcuni chirurghi non applicano - diventa obbligatorio. Il dottor Filippi e i medici della sua équipe del centro PiùDonna presso Villa Montallegro di Genova ci raccontano di dire anche dei no, di usare anche metodi di convincimento per impedire scelte qualche volta indotte dalla pubblicità dello “show biz”. Perché un intervento chirurgico non ha nulla a che fare con i detersivi e i cioccolatini: si tratta di scelte ragionate, consapevoli. Sagge e, appunto, sensate.

In questo volume, la squadra mista (chirurghi, giornalisti, grafici e disegnatori) che ha curato i precedenti volumi presenta informazioni di base sulle mammelle e schede riassuntive sugli interventi relativi alla mastoplastica ricostruttiva (seguita, cioè, da interventi che hanno reso necessario la demolizione di questo elemento della femminilità), sospensiva, riduttiva e additiva. Con estrema chiarezza vengono illustrati le cause fisiologiche di alcuni problemi, come la ptosi (la “discesa” verso il basso della mammella e il suo “svuotamento”), che riguardano la ghiandola di cui stiamo parlando. Si spiegano le tecniche di intervento e i tempi dei trattamenti, fornendo consigli per la preparazione e per il periodo successivo alle operazioni.

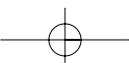
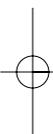
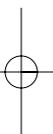
Come è abituale nello schema utilizzato in questa collana editoriale, ogni intervento viene collegato a una serie di “storie”, vicende reali minimamente romanzate: ovviamente gli autori modificano solo i nomi e alcuni particolari che renderebbero troppo riconoscibili i pazienti.

Si tratta di uno schema che ha incontrato il gradimento dei

lettori e l'interesse dei media e anche di molti colleghi medici.

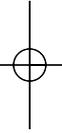
Nel presentare questo terzo volume vorrei, almeno in conclusione, accennare alla Casa di Cura Villa Montallegro. Non è usuale che una struttura sanitaria diventi partner scientifico di un editore. Ma questa scelta, sotto l'etichetta PiùDonna, fa parte - come altre quali PiùKinesi (il nostro centro dedicato a riabilitazione e fisiokinesiterapia) o PiùGolf (con cui connotiamo la nostra attività di wellness presso le strutture golfistiche) - di un modo nuovo di intendere la medicina. Una scienza della salute che non si chiude in se stessa, ma si rivolge direttamente ai pazienti puntando certamente sulle cure e sul miglioramento continuo delle strutture sanitarie tradizionali, scegliendo come propria "mission" il benessere, la prevenzione, il rapporto fiduciario costante e consolidato con le persone che si rivolgono a noi. A pochi mesi dal cinquantacinquesimo compleanno della Casa di Cura fondata da mio nonno Edoardo, questi elementi ci confermano nello spirito di quella che non è, non è mai stata, né può essere, un'attività solo imprenditoriale.

FRANCESCO BERTI RIBOLI



# Un seno sensato

Storie e tecniche di mastoplastica



## Introduzione

### **Anatomia, fisiologia (e psicologia) della mammella**

La mammella è una ghiandola esocrina (in grado di produrre sostanze che vengono secrete all'esterno), appartenente al cosiddetto apparato tegumentario, che riveste la superficie corporea ed è composto anche da pelle, peli, unghie e capelli; viene considerata come una particolare struttura ghiandolare che si sviluppa all'interno del sottocutaneo toracico, in corrispondenza dello spazio compreso fra la IV e la VII costa.

È presente in entrambi i sessi, ma nella donna svolge le sue più importanti funzioni. Il suo sviluppo della mammella è comune in entrambi i sessi sino alla pubertà quando, sotto l'effetto stimolante degli ormoni femminili, nella donna va incontro a un fenomeno di ipertrofizzazione, ovvero di crescita nel numero delle cellule che compongono il tessuto ghiandolare.

La ghiandola mammaria presenta una struttura particolare: il tessuto che la compone non è nettamente separato dalla cute, a essa, anzi, è strettamente legato dal punto di vista sia anatomico sia strutturale.

Il tessuto ghiandolare è suddiviso in isole (chiamate "acini"), separate da tralci di sostegno, a formare una sorta di impalcatura interna, che dalla superficie cutanea si portano in profondità sino alla fascia superficiale che riveste il muscolo pettorale.

Ognuno degli "acini" è un'unità indipendente in grado di produrre il proprio secreto, il latte, che viene convogliato all'interno di strutture di trasporto, i tubuli, i quali, confluenndo in un'unica struttura (dotti galattofori: sono 5-10 per mammella), portano il latte all'estremità del capezzolo (proprio come gli acini dell'uva, il tessuto mammario presenta un'organizzazione di tipo ramificato). (*Disegno 1*)

Il tessuto mammario è vascolarizzato da una fitta rete capil-

## UN VOLTO SVELATO

lare superficiale servita dal circolo superficiale e da una serie di vasi chiamati perforanti perché, provenendo dai piani profondi toracici, perforano muscoli (intercostali e pettorali) e fasce per portarsi alla superficie attraverso la ghiandola.

Il drenaggio linfatico presenta aspetti molto caratteristici alla luce dello stretto legame della mammella con la cute. I vasi linfatici, che drenano i liquidi presenti nel tessuto verso le stazioni dei linfonodi ascellari e toracici, attraversano il tessuto ghiandolare all'interno delle strutture di sostegno di cui abbiamo parlato, per raggiungere la superficie cutanea dove riversano la linfa drenata nei vasi linfatici cutanei. Questo accade perché, appunto, la mammella può essere considerata come una struttura originata dalla differenziazione di alcune cellule di origine epiteliale (cioè della pelle).

Il totale del volume mammario non è costituito solo da tessuto ghiandolare, che è immerso all'interno di una quantità variabile di grasso. La percentuale di grasso è legata a fat-

1



*Disegno 1: rappresentazione dello smas ricoperto parzialmente dal grasso superficiale.*

tori costituzionali e razziali, ma varia soprattutto in funzione dell'età. Sulla mammella femminile, vista la scarsa presenza di ghiandola nel maschio, è necessaria una considerazione. Con il passare degli anni essa va incontro a una progressiva involuzione del tessuto ghiandolare che viene progressivamente sostituito da grasso. Questo è il motivo per cui la mammella tende a perdere tono e a diventare più molle. Il processo si fa particolarmente evidente dopo i quarant'anni, motivo per cui questa età viene considerata come riferimento per effettuare la mammografia. In precedenza è consigliabile eseguire come primo esame un'ecografia mammaria poiché la mammella è troppo "densa" per effettuare una radiografia sufficientemente chiara per la valutazione clinica.

Nel sesso femminile le mammelle (comunemente chiamate in modo improprio "seno" che, in realtà, coincide con il solco fra le due mammelle) crescono dalla pubertà per effetto degli ormoni femminili, gli estrogeni e i progestinici. I primi stimolano la moltiplicazione cellulare, mentre i secondi determinano la differenziazione delle cellule verso tessuto ghiandolare maturo.

A ogni ciclo ovulatorio le modificazioni ormonali causano il transitorio aumento di volume e la maggiore dolorabilità delle mammelle. Se al termine del periodo fertile l'ovulo non è stato fecondato, la caduta dei livelli di estrogeni nel sangue ristabilisce lo stato precedente; viceversa, se l'ovulo è stato fecondato e quindi si è impiantato, i livelli di estroprogestinici restano elevati e la mammella viene ancora stimolata a crescere, ma differenziandosi maggiormente in ghiandola matura in grado di produrre latte. Questo è il motivo per cui la gravidanza viene considerata come protettiva nei confronti del carcinoma mammario.

Al termine della gravidanza, si ha la produzione di un terzo ormone "mammatropo" (significa che svolge un'azione stimolante la ghiandola mammaria), la prolattina, che provoca la cosiddetta montata latte, vale a dire la produzione di latte materno maturo. Questo evento avviene all'incirca dopo tre-quattro giorni dal parto ed è preceduto dalla produzione

## UN VOLTO SVELATO

di un primo prodotto ancora immaturo chiamato colostro. Il fenomeno della produzione di latte da parte si “automan- tiene” durante l’allattamento grazie alla stimolazione esercitata dal neonato sul capezzolo materno. La suzione induce la produzione dell’ormone chiamato prolattina, prodotto dall’ipofisi, una ghiandola che si trova nel cervello. Un altro ormone coinvolto nel processo di allattamento è l’ossitocina, che aiuta a “spremere” la ghiandola provocando contrazioni del tessuto muscolare. Un tempo le balie mantenevano la capacità di produrre latte proprio grazie a questo meccanismo. Dopo la gravidanza, queste donne continuavano ad allattare i figli altrui ed era proprio la sollecitazione continua – con la produzione di prolattina e di ossitocina - a garantire un’adeguata produzione di latte.

L’allattamento al seno presenta vantaggi sicuramente legati ai benefici per la salute del bambino, ma anche alcuni svantaggi, soprattutto di tipo estetico, per la madre. Oggi i pediatri ritengono comunemente che, in condizioni normali, l’allattamento rappresenti un vantaggio, migliorando la crescita del bambino, riducendo i rischi di insorgenza di malattie allergiche, nonché per prevenzione dell’obesità.

La fase di allattamento al seno costituisce inoltre un importante passaggio nel percorso maturativo psicologico del neonato: nelle prime fasi dell’infanzia, infatti, egli percepisce il seno materno come il proprio oggetto d’amore primario. L’allattamento rappresenterebbe anche una base per un buon sviluppo psichico (M. Klein): in questa fase dello sviluppo, il neonato è in grado di raggiungere l’oggetto amato solo introiettandolo dentro di sé e mantenendo in qualche modo l’unità con la madre dalla quale è stato separato.

Parte I  
**LA MASTOPLASTICA ADDITIVA**

## **Ipoplasia mammaria**

Si definisce ipoplasia la condizione di ridotto sviluppo della ghiandola mammaria. Questo stato è fisiologico nel maschio adulto e nella donna in età prepubere, mentre viene considerato anomalo nelle donne adulte. Il volume della ghiandola mammaria varia normalmente a seconda delle razze e, all'interno di ciascun gruppo, da soggetto a soggetto. Di solito è direttamente proporzionale alla costituzione della persona, per cui le donne magre presentano una mammella meno voluminosa. Così anche chi pratica molto sport tende ad avere mammelle ipoplasiche a causa della diminuzione del livello ematico di estrogeni circolanti, dovuta all'esercizio fisico, e per la riduzione generale della percentuale di grasso corporeo: come abbiamo già chiarito nel volume "Una vita nuova", questa caratteristica contribuisce direttamente alla conversione in estrogeni del testosterone prodotto dall'ovaio. In medicina non esiste una formula matematica per definire il grado di ipoplasia. La classificazione comunemente utilizzata nella pratica clinica prevede tre differenti livelli: lieve, moderata o severa, a seconda del volume mammario e della costituzione del soggetto.

L'ipoplasia mammaria può insorgere sino dall'età adolescenziale per il mancato aumento di volume delle ghiandola, oppure, come spesso accade, essere la conseguenza di un'involutione della mammella dopo una gravidanza.

In questo caso può essere associato un grado variabile di ptosi (vedi capitolo sulla ptosi).

## **Mastoplastica additiva**

Il trattamento per la correzione dell'ipoplasia mammaria isolata (non associata a ptosi) è rappresentato dalla "mastoplastica additiva".

L'intervento classico consiste nell'inserimento di una protesi, generalmente in silicone, direttamente al di sotto della

ghiandola (tecnica sottoghiandolare), oppure profondamente al muscolo grande pettorale (tecnica sottomuscolare).

Ciascuna procedura viene applicata a seconda della paziente, benché non esistano, come per la mastoplastica sospensiva/riduttiva, canoni decisamente ristretti. Generalmente il posizionamento sottoghiandolare presenta come principali vantaggi una maggiore facilità operatoria, la possibilità di essere eseguito in regime ambulatoriale, in anestesia locale e con tempi di recupero più rapidi. Bisogna però rammentare che spesso il risultato estetico è meno stabile nel tempo, e per l'inserimento di protesi più grandi in soggetti magri, il rischio che la protesi risulti visibile è maggiore rispetto alla tecnica sottomuscolare.

Nel complesso, questo tipo di scelta può essere tenuto in considerazione in casi selezionati, per pazienti giovani non troppo magre, dotate di un buon tono cutaneo e per aumenti di volume ridotti (*Disegno 2*). La tecnica sottomuscolare, da questo punto di vista, risulta più "sicura" per quanto riguarda il risultato estetico e la stabilità nel tempo. Di contro, rispetto alla tecnica con posizionamento sottoghiandolare, richiede un ricovero di due giorni circa, il posizionamento di un drenaggio per parte, un tempo di recupero postoperatorio leggermente più lungo e una limitazione nella possibilità di eseguire esercizi fisici per circa 20-30 giorni.

Il posizionamento sottomuscolare, secondo la maggior parte dei chirurghi, garantisce un risultato più "naturale", soprattutto per quanto riguarda i quadranti superiori della mammella. La copertura della protesi da parte del muscolo pettorale, se la tasca che accoglie l'impianto è adeguata, rende meno visibile il margine superiore della protesi stessa, donando al profilo mammario un aspetto meno rotondo. (*Disegno 3*)

Alcuni chirurghi, per ovviare il problema preferiscono utilizzare protesi cosiddette "anatomiche", che presentano un profilo a goccia, per cui, dopo essere state inserite, hanno una tendenza a riempire in misura minore i quadranti superiori rispetto a quelli inferiori. Il rischio legato all'impiego di

questi impianti protesici è proprio il loro posizionamento che potrebbe produrre una rotazione causando un risultato innaturale. Quelle “rotonde” invece, avendo un profilo uniforme rispetto a qualunque posizione vadano ad assumere, non presentano questo tipo di complicità. Il loro utilizzo è largamente diffuso e spesso costituiscono la prima scelta per molti chirurghi.

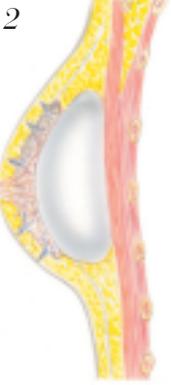
Oggi la maggioranza delle protesi utilizzate per la mastoplastica additiva sono composte da un gel di silicone racchiuso in un involucro esterno di silicone solido. Rappresentano l'ultima generazione, in realtà già in commercio da alcuni anni e non hanno nulla a che fare con le vecchie protesi in silicone liquido, di cui si è tanto parlato negli anni passati.

Le protesi in gel di silicone vengono costruite in modo da non risentire delle variazioni di pressione dall'esterno (immersioni, viaggi in aereo, sport, ecc.); la tecnologia con la quale vengono prodotte fa sì che non possano rompersi, se non a causa di un trauma penetrante (per esempio una coltellata). Sono noti numerosi casi di traumi stradali al torace nei quali le protesi non hanno minimamente risentito del colpo.

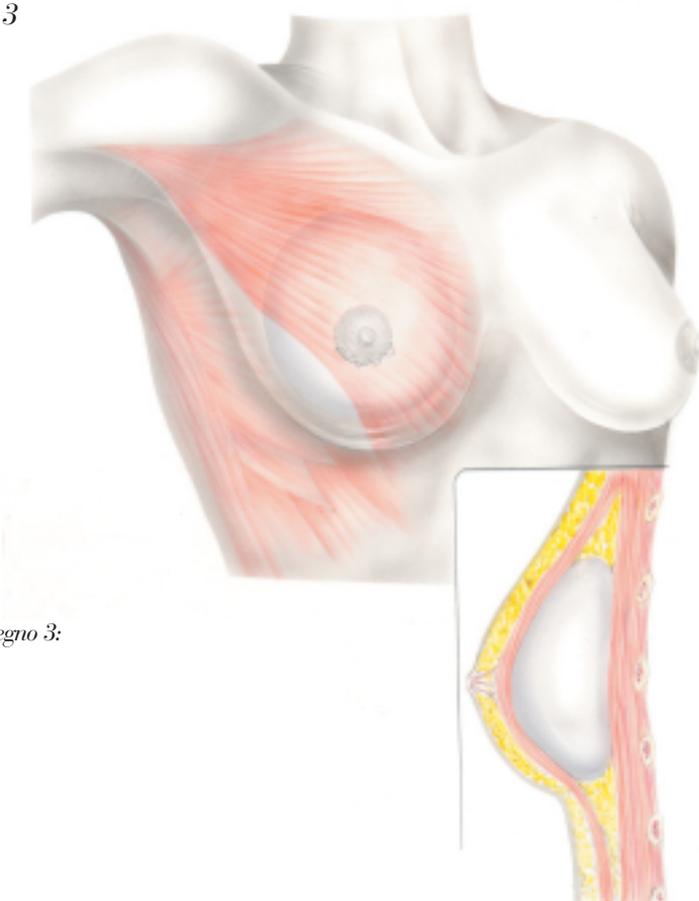
Il gel di silicone creato per questi impianti è fatto in modo da non penetrare nei tessuti persino in caso di rottura per traumi penetranti. Si tratta di una garanzia di estrema sicurezza verificabile per le protesi prodotte da alcune ditte, leader mondiali nel settore, che vengono considerate valide a vita e non più “a scadenza” di dieci anni.

Una considerazione importante deve essere fatta in relazione alla prevenzione del carcinoma mammario, del quale parleremo nel capitolo successivo.

È dimostrato che l'inserimento di protesi mammarie non aumenta il rischio di incidenza di carcinoma mammario. E l'impianto non preclude neppure la possibilità di effettuare le normali indagini diagnostiche radiologiche per la prevenzione del tumore della mammella. Un'eccezione deve essere rilevata riguardo la possibilità di effettuare la mammografia in caso di posizionamento sottoghiandolare. Durante l'esecuzione di questa analisi, la mammella deve essere schiacciata



*Disegno 2:*



*Disegno 3:*

fra due piani perché la ghiandola possa essere studiata adeguatamente. Il posizionamento sottoghiandolare limita la compressibilità della mammella e di conseguenza la possibilità di effettuare l'esame. Esistono comunque alternative per lo studio della ghiandola come l'ecografia, che in alcuni casi ha un minor potere diagnostico, e la risonanza magnetica, che invece ha un altissima capacità d'identificazione di lesioni macroscopiche della mammella.

La tecnica con posizionamento sottomuscolare, invece, non preclude in alcun modo la possibilità di effettuare la mammografia. La presenza di un piano di separazione fra protesi e mammella, costituito dal muscolo, permette infatti la compressione della ghiandola e quindi il suo studio radiografico.

Nel dettaglio, l'intervento con tecnica sottomuscolare prevede un ricovero di due giorni circa, un intervento in anestesia generale e un periodo di 10-15 giorni per il pieno recupero. La protesi viene inserita attraverso un varco chirurgico. La scelta dell'operatore generalmente ricade fra tre possibili: un accesso a livello del solco sottomammario, uno periareolare e uno sottoascellare.

L'ultimo intervento citato è oggi scarsamente utilizzato, principalmente per la difficoltà di poter allestire da un accesso tanto distante dalla regione mammaria una tasca abbastanza precisa in cui alloggiare la protesi, soprattutto in caso di posizionamento sottomuscolare. Per questo i primi due sono i più utilizzati.

L'accesso periareolare prevede un'incisione a livello della zona di passaggio fra la cute normale e quella dell'areola: una scelta fatta per ridurre la visibilità della cicatrice di accesso, che in questo modo rimane nascosta dal naturale cambio di colore della pelle.

L'accesso al di sotto del solco mammario, invece, lascia una cicatrice che viene nascosta dall'ombra della mammella sul torace quando la donna è in piedi. Se la paziente si trova invece in una posizione sdraiata, la cicatrice resta scoperta e risulta maggiormente visibile.

La scelta della tecnica è soggettiva da parte del chirurgo. In alcuni casi di areola piccola, l'accesso periareolare può non essere indicato per l'inserimento di protesi più grandi per evidenti ragioni meccaniche. In questo caso risulta infatti difficile fare entrare una protesi in un varco così piccolo, per cui risulta obbligata la scelta di un'altra soluzione.

Nella nostra esperienza un approccio periareolare, quando è possibile, risulta la scelta ottimale perché le cicatrici siano poco visibili.

### **Arianna**

Tra le donne europee e quelle americane c'è una sostanziale differenza nell'approccio alla chirurgia estetica: lo si nota soprattutto dal modo di concepire un intervento di questo tipo. Generalmente le europee (e ancora di più le italiane) tendono a chiedere una mastoplastica additiva per aumentare di una o al massimo due taglie un seno piccolo. Il risultato finale deve essere soddisfacente dal punto di vista estetico e psicologico, ma deve risultare anche "poco visibile", in modo da immaginare di poter nascondere la modifica ai conoscenti. Le donne americane invece tendono a mostrare il più possibile l'aumento di volume. Per questo le protesi usate oltreoceano sono mediamente più grosse rispetto a quelle che si applicano nel vecchio continente. Tuttavia anche in Italia esistono delle eccezioni a questa tendenza: è il caso di Arianna.

Entrò per la prima volta nel nostro studio a metà marzo. Il clima era già piuttosto caldo, per cui indossava abiti leggeri: una maglietta rossa scollata sul davanti e un paio di pantaloni di lino bianchi. Ai piedi un paio di infradito con tacco a spillo che le facevano superare il metro e ottanta di altezza. Il colore della maglia si avvicinava molto a quello dei capelli: una folta chioma riccia domata probabilmente con tanta pazienza e trucchi da parrucchiere. Indubbiamente Arianna era una persona a cui piaceva farsi notare quando camminava per strada.

La sua stretta di mano era possente, sembrava quasi forzata. Ci squadro in silenzio, con i suoi grandi occhi verdi, esaltati da ciglia lunghissime e spiegò: «Non sono soddisfatta del mio seno».

A una prima occhiata il florido décolleté di Arianna ci sembrava una quarta misura già ritoccata dal chirurgo, perciò ipotizzammo che soffrisse del naturale decadimento dovuto alla forza di gravità: un seno pesante tende a “cadere” più facilmente con l’avanzare dell’età, tuttavia la paziente dimostrava meno di quarant’anni. Appena Arianna intuì il nostro pensiero rise rumorosamente: «Ma io non voglio ridurre o sistemare il mio seno, io ne voglio uno nuovo, ben più grosso!».

Stentavamo a crederci. Raramente ci era capitata una richiesta del genere. Decidemmo di fare un tentativo per convincerla a desistere. Le descrivemmo i problemi che un seno molto grande provoca alla schiena: un peso consistente sul davanti è spesso causa di dolori e fastidi nello svolgere attività fisica. Proprio per evitare problemi di salute di questo tipo, si ricorre alla mastoplastica riduttiva. Inoltre più il seno è importante, più invecchia rapidamente. Le consigliamo di ripensarci e fissammo un nuovo appuntamento per la settimana successiva.

Si presentò con un po’ di ritardo, molto più elegante della volta precedente e fresca di *french manicure*. «Scusate - ci disse - ma ero a un appuntamento di lavoro e ho impiegato più tempo del previsto a convincere il mio cliente». Arianna lavorava in un’importante agenzia pubblicitaria italiana. Ci spiegò che era entrata in questo campo appena uscita dall’università, più che per passione, per guadagnare i primi soldi. Tante persone che avevano cominciato prima, insieme e dopo di lei, avevano rinunciato nel giro di pochi mesi. «Non è un lavoro per tutti - affermò orgogliosa - se non si concludono nuovi contratti non si guadagna. Comunque non siamo qui per parlare del mio mestiere giusto? Quando possiamo fissare l’intervento?».

Il nostro tentativo di farla desistere era fallito. Arianna dimo-

strò una rara fermezza. Per evitare che si rivolgesse a un medico poco esperto pur di raggiungere a tutti i costi il proprio obiettivo, con conseguenze dannose per la sua salute, alla fine accettammo di operarla. La paziente accolse la nostra decisione con un grosso sorriso: «Bene, ora che siamo tutti d'accordo vorrei sapere quali sono le protesi più grosse in commercio, perché sono quelle che voglio».

Dopo esserci informati con il nostro fornitore le rispondemmo, a malincuore, che potevamo reperire quelle da 850 grammi. «Perfetto - esultò - organizziamo l'operazione il prima possibile!».

Protesi di questo tipo non si trovano facilmente, anche per noi, che facciamo moltissime mastoplastiche additive. Di 850 ce n'erano due disponibili in quel momento: una in Spagna e l'altra a Roma. Optammo per quella della Capitale. Tutto era pronto. Arianna era al settimo cielo, un atteggiamento insolito a poche ore da un intervento. Attendevamo solo la protesi, che ci doveva essere consegnata dal rappresentante del nostro abituale fornitore. Il giorno fatidico Roma venne totalmente bloccata da un evento di portata mondiale e non prevedibile con largo anticipo: la morte di Papa Giovanni Paolo II. Il flusso ininterrotto di milioni di persone verso piazza San Pietro aveva completamente colassato la città. Il fornitore ci telefonò agitato, spiegando che in quella giornata sarebbe stato impossibile muoversi con l'auto per uscire da Roma. La nostra paziente non voleva sentire ragioni, aveva atteso quel giorno con impazienza. Aveva programmato gli impegni di lavoro in relazione a questa operazione e non poteva rinviarla. «Sono disposta a tutto - ci disse determinata - perciò trovate una soluzione». Rinviammo l'intervento di qualche ora, ma alla fine riuscimmo a operarla, davvero sollevati quando nel parcheggio di Villa Montallegro arrivò un taxi bianco con la targa di Roma. Sul sedile posteriore la scatola, più grande del solito, contenente le tanto sospirate protesi.

Il lavoro in sala operatoria risultò più faticoso rispetto alla normale routine. Incidemmo con il bisturi seguendo le cica-

trici della mastoplastica precedente in zona periareolare. Per inserire sotto al muscolo un “corpo estraneo” così grande impiegammo più tempo del solito.

Nella fase postoperatoria nessuno venne a visitare Arianna. Ma la paziente si lamentò soltanto per la fascia elastica, giudicata troppo stretta: «Mi sembra di non riuscire a respirare bene», diceva.

Vista la grandezza del suo seno decidemmo di farle tenere il reggiseno sportivo più tempo del normale, per consentire a un peso del genere di sistemarsi al meglio. Le prescrivemmo la consueta crema emolliente per ammorbidire la pelle e donarle maggiore elasticità, raccomandandole di applicarla quotidianamente, visto che l'epidermide aveva dovuto sopportare uno stress importante. Dopo dieci giorni levammo i punti. Tutto era andato alla perfezione. Il normale gonfiore dovuto al trauma dell'intervento, durante il primo mese aveva reso il suo seno ancora più grande, ma Arianna non era preoccupata: tutt'altro, sembrava fiera del traguardo raggiunto.

Quando le scattammo la fotografia per inserirla in archivio tra i casi di mastoplastica, era impressionante vedere come il diametro delle due mammelle superasse l'ampiezza delle spalle di Arianna.

Durante tutto il periodo postoperatorio la nostra paziente non fu sfiorata neppure una volta dall'idea di avere esagerato, perciò alla fine ci convinchemmo che avevamo preso una buona decisione nell'accettare di operarla. Le avevamo dato quello che voleva senza mettere a repentaglio la sua salute: era così determinata che, se avessimo continuato a opporci, avrebbe finito per rivolgersi a mani meno esperte e magari senza scrupoli.

## **Roberta**

Ci sono persone che, giustamente, scelgono il chirurgo a cui affidarsi dopo averne consultato diversi. È necessario capire se ci si rivolge a una persona preparata, affidabile e profes-

sionale, per evitare sorprese o problemi di salute derivanti da una non corretta gestione del post-intervento. C'è stata una paziente che invece si è fatta convincere soltanto dalla data di nascita di un medico del nostro staff. Roberta telefonò nel tardo pomeriggio di una giornata molto dura per tutti noi. «Buonasera, ho visto che un vostro chirurgo è nato l'8 marzo, vorrei prendere un appuntamento». Chi rispose, faticò a trovare le parole per replicare. Sembrava quasi uno scherzo, ma la nostra interlocutrice appariva serissima: «Pronto? Mi sente? - e, rivolgendosi a una persona vicino a lei - dev'essere caduta la linea... che strano». Assodato che non si trattava di una burla telefonica, fissammo la data dell'incontro, curiosi di conoscere questa persona apparentemente così bizzarra.

Roberta era una donna che non passava inosservata: trucco vistoso, con un rossetto scarlatto per esaltare le labbra carnose, pantaloni di pelle nera molto aderenti infilati all'altezza del polpaccio dentro gli stivali appuntiti. Roberta non aveva un filo di grasso nelle zone critiche per le donne, come i glutei o le gambe. La struttura fisica mascolina, con i fianchi stretti, non era un problema per lei, che esibiva tutta la femminilità dei suoi 33 anni.

Era accompagnata dal fidanzato Alessandro, più giovane di due anni, ma che in realtà ne dimostrava almeno cinque o sei di meno: un bel ragazzo dal fisico asciutto, un po' efebico e con un taglio di capelli all'ultima moda.

Mentre l'accompagnatore dimostrava con lo sguardo di trovarsi controvoglia nel nostro studio, Roberta distribuiva in continuazione sorrisi: «Sono venuta qui perché voglio un seno più grande. Sono stufa di guardarmi allo specchio e vedere queste due - si toccò il petto - insomma è diventato un cruccio per me, però io non mi accontenterei di aumentare di una o due taglie, se faccio questo passo è per avere qualcosa di più "importante" qua davanti».

Alessandro sbuffò senza dire nulla. Lei lo guardò scuotendo la testa: «Non fateci caso, lui è contrario, ma io continuo a ripetergli che non ho preso questa decisione per piacere di

più a lui, lo faccio per me stessa, per guardarmi allo specchio finalmente soddisfatta». Lo spirito di Roberta era quello giusto. Chi si sottopone a un intervento di tipo estetico partendo da motivazioni sbagliate corre il rischio di avere problemi nell'accettarsi dopo la fase postoperatoria.

Quello fu l'unico giorno in cui Roberta consentì ad Alessandro di entrare nel nostro studio. Durante tutti gli altri appuntamenti il giovane rimase sempre seduto sul divano della sala d'attesa. Dimostrò una notevole pazienza, perché quando la fidanzata cominciava a parlare era difficile riuscire a fermarla e i nostri incontri duravano mediamente un'ora.

«Vorrei chiedere una cosa - ci disse una volta, sottovoce, avvicinandosi alla scrivania - ma è vero che possono scoppiare in aereo?». Questa è la più frequente domanda da quando i giornali e le televisioni hanno riportato questa "leggenda metropolitana" capitata a una persona famosa. Rassicurammo Roberta sul fatto che le protesi usate nel nostro studio si sarebbero potute rompere solo in caso di errata manovra da parte nostra o per ferita da arma da taglio. Le raccontammo che altre nostre pazienti avevano avuto incidenti d'auto con fratture alla cassa toracica e le protesi di gel di silicone erano rimaste intatte. È il caso di dire che la garanzia dura praticamente a vita.

Quando fu il momento di scegliere la grandezza, Roberta si mostrò categorica: «Voglio qualcosa di vistoso, altrimenti non lo farei nemmeno!». La sua corporatura avrebbe retto un peso importante. Di solito sconsigliamo misure grandi alle donne minute e troppo magre, perché spesso si possono formare delle antiestetiche pieghe sulla pelle del seno.

Alla fine optammo per una quarta abbondante.

Il giorno dell'operazione si presentò con Alessandro. Il giovane sembrava uscito da una rivista di moda: occhiali scuri e jeans usurati sistemati in modo da lasciare intravedere gli slip di marca. Roberta invece aveva giustamente rinunciato al trucco, il suo viso, ora acqua e sapone, la ringiovaniva senza per questo renderla meno interessante. Come scoprim-

mo successivamente Alessandro con la moda aveva a che fare davvero: era un indossatore professionista.

Incidemmo il seno intorno all'areola per inserire la protesi. Quando è possibile si usa questa tecnica per nascondere meglio le cicatrici: la differenza di colore tra la pelle e la zona intorno al capezzolo consente una maggiore mimetizzazione dell'arrossamento e dei segni.

Dopo un'ora e mezza, Roberta venne portata nella stanza che l'avrebbe ospitata per altre quarantotto ore. Alessandro guardò preoccupato i drenaggi sistemati sotto le ascelle della sua ragazza: cercammo di tranquillizzarlo spiegandogli che in questo modo avremmo potuto capire subito se ci fosse stato un sanguinamento fuori dal normale. Probabilmente Roberta, per ripicca, non gli aveva spiegato nulla dell'intervento e lui non si era voluto informare. I drenaggi sono obbligatori in un intervento di questo tipo, con la protesi inserita sotto il muscolo pettorale.

La fase postoperatoria trascorse senza particolari problemi. Roberta sopportò i dolori dei primi giorni grazie alla terapia analgesica. Dopo quarantotto ore le vennero tolti i drenaggi e la fascia che le avvolgeva il seno (fondamentale per consentire alla protesi di fissarsi nella giusta posizione). Al momento della prima medicazione valutammo che sarebbe stato meglio tenere ancora un po' il bendaggio elastico, per dare maggiore stabilità al petto, ma fu questione di un altro paio di giorni.

Il povero Alessandro venne interdetto dalla nostra paziente a presenziare anche agli incontri successivi alla dimissione dalla Montallegro: «Con lui devo essere spietata - ci confessò Roberta - perché è l'unico modo per tenermelo stretto».

La capsula intorno alla protesi si era formata, il seno aveva raggiunto la sua posizione definitiva. C'era ancora del gonfiore, ma i liquidi in eccesso sarebbero stati riassorbiti nel giro di qualche settimana.

Roberta fu soddisfatta del risultato anche in questa fase, in cui a volte alcune pazienti si lamentano perché si vedono troppo prosperose.

Ci raccomandammo con lei affinché per almeno due mesi evitasse di esporsi al sole o ai raggi ultravioletti a seno scoperto e senza schermo totale. Si mostrò una paziente modello.

Il giorno dell'ultima visita, prima di salutarci, confermò la sua prima impressione: «Mi avete reso davvero felice, devo tutto a Internet: grazie alla rete ho scoperto a chi affidarmi, io credo molto nell'astrologia!».

Ogni tanto riceviamo da lei ancora dei messaggi di ringraziamento carichi di entusiasmo. Di Alessandro non ci parla mai, ma speriamo che stiano ancora insieme; anche quel ragazzo, in fondo, ci era molto simpatico.

---

## **Simona**

La maggior parte dei casi che trattiamo riguarda donne intorno ai 40 anni che, dopo una gravidanza e l'allattamento, si scoprono il seno svuotato e più cadente rispetto a qualche anno prima. Ci sono alcune pazienti che arrivano da noi la prima volta già decise, altre che giungono al convincimento di sottoporsi alla mastoplastica additiva dopo molti incontri e ripensamenti. Simona apparteneva a quest'ultima categoria. Ci conoscevamo già perché si era sottoposta ad altri piccoli interventi risolti a livello ambulatoriale come la blefaroplastica e i trattamenti con la tossina botulinica.

A Simona i soldi non mancavano di certo. Proveniva da una famiglia benestante e aveva sposato un uomo ancora più ricco di lei. Amava i gioielli importanti, in particolare gli orecchini e gli anelli di brillanti e smeraldi. A ogni visita si presentava sempre molto elegante e con i capelli perfettamente in ordine. La sicurezza economica non coincideva con quella emotiva. Simona era in perenne conflitto con se stessa e con noi, perché non era mai sicura delle decisioni che di volta in volta prendeva. Cominciò a parlare del proprio problema durante una seduta per la consueta iniezione di botox: «L'altra sera, quando mi sono spogliata, ho visto che il mio seno ha concesso davvero troppo alla forza di gravità. Sapete

la storia raccontata da Pirandello, "Il fu Mattia Pascal", quando la moglie fa notare al protagonista di avere il naso storto? Bene, da quando mi sono accorta di questo difetto non riesco più a vivere come prima. Sono come ossessionata da un problema che in realtà ho da almeno cinque anni».

Dopo averla visitata, le spiegammo che la situazione sarebbe stata facilmente risolvibile con la tecnica della mastoplastica additiva unita a quella sospensiva: avremmo potuto riempire il seno svuotato e riportare la ghiandola mammaria più in alto, facendola tornare all'altezza ideale per le proporzioni del suo tronco.

Sembrò interessata dalla proposta, ma volle prendere tempo per pensarci.

Ci chiamò due giorni dopo, chiedendo un appuntamento. Venne accompagnata dal marito, Giovanni. Fu una seduta-fiume, parlammo oltre un'ora e mezza. «Ci ho riflettuto a lungo - esordì - e credo che una come me non sia adatta a rifarsi il seno. Io non voglio che si veda, con che coraggio potrei presentarmi a una festa o dal parrucchiere con due palloncini nuovi qui davanti? Cosa direbbero di me?».

«Se mi permetti cara - la interruppe pacatamente Giovanni mettendole una mano sulla spalla - vorrei dire la mia a questi signori, visto che ti ho accompagnata qui e sono due giorni che ti ascolto».

Lei sorrise: «Hai avuto sin troppa pazienza, ascoltando tutte le mie sciocchezze».

«Da quel che mi è sembrato di capire dai discorsi di mia moglie, posso dirvi che lei ha voglia di sottoporsi a questo intervento, ma ha il terrore di apparire volgare, o comunque troppo appariscente, come certe soubrette della televisione», riassunse Giovanni.

Simona abbassò la testa senza dire nulla. Cercammo di tranquillizzarla, spiegandole che esistevano protesi di tutte le taglie e si poteva scegliere di non esagerare con le dimensioni. Le mostrammo i nostri campioni. Quando ne prese in mano uno cominciò a stringerlo e nei suoi occhi scuri comparve una luce nuova: «Certo che sarebbe un ottimo anti

stress! Facciamo così, ci penso ancora un po'».

Dopo altri due giorni ricevemmo una sua e-mail. In allegato c'era una fotografia di Simona in topless risalente ad almeno vent'anni prima. Il commento della nostra paziente era sunteggiato in due righe: «A me basterebbe tornare così, come quando avevo 19 anni. Se mi assicurate che potete farlo, allora sono pronta a mettermi nelle vostre mani».

La nostra risposta fu positiva e il giorno dopo Simona si presentò fisicamente nello studio per porci altre domande: «Non vorrei tediarvi con tutti i miei dubbi, ma questo è un passo troppo importante per la mia vita e non devo sottovalutare nessun aspetto».

Le sue preoccupazioni ricalcavano quelle che potremmo chiamare le FAQ, *Frequently asked questions*, ovvero le domande più comuni. In particolare Simona aveva timore che l'inserimento di una protesi avrebbe potuto incidere sull'insorgenza di tumori in quella zona del corpo. Le spiegammo che questa paura era realmente infondata: esistono ricerche molto documentate che dimostrano l'assenza di relazione tra questi due fattori. Inoltre l'inserimento dell'involucro di gel di silicone sotto il muscolo pettorale non avrebbe impedito in futuro una corretta visione della ghiandola in esami radiografici come la mammografia.

Venne il giorno dell'operazione. Simona era accompagnata dal marito. Prima di abbandonarsi all'anestesia ci ricordò ancora una volta di non esagerare con la misura della protesi.

Quando si risvegliò provò subito a toccarsi il petto, avendo dimenticato che i primi giorni sarebbe stata ben fasciata. «Mi sembra di avercele troppo grosse - protestò - non ci penserei due volte a farcele togliere subito se non mi piacesse». La prima volta che levammo la banda elastica, fu un dramma: «Sembro Lara Croft - disse, riferendosi alla prosperosa eroina dei videogame che nel cinema aveva le fattezze di Angelina Jolie - lo sapevo, non avrei dovuto farlo!». Sia noi sia Giovanni tentammo inutilmente di tranquillizzarla. Le spiegammo per l'ennesima volta che il gonfiore post ope-

ratorio poteva rendere il suo seno più grande anche del 30% rispetto al risultato finale, che si sarebbe visto a distanza di un paio di mesi.

A ogni controllo era un continuo lamentarsi. Quando però le cicatrici cominciarono a schiarirsi e il gonfiore ad attenuarsi riprese coraggio.

Dopo quattro mesi ci inviò un'altra e-mail in cui si scusava per i capricci, dovuti al suo temperamento che autodefinì bizzoso e principesco. La frase che ci colpì però fu un'altra: compiacendosi per l'ottimo risultato dell'operazione riconobbe che effettivamente "un quarto di taglia in più non sarebbe stata un male".

Eravamo abituati a un cambiamento così radicale di idea. Molte pazienti si comportano nello stesso modo. La paura del giudizio altrui blocca le persone al primo intervento. Quando ci si rende conto che un seno più florido può contribuire a stare meglio con se stessi, a volte si rimpiange di non aver osato qualcosa in più. Anche Simona si è aggiunta alla lista delle pazienti che si sono fatte operare una seconda volta per avere una protesi di una misura più grande.

---

## **Katia**

Esistono due tipi di tecniche operatorie per la mastoplastica additiva: la sottoghiandolare, in cui il peso della protesi viene sostenuto interamente dalla ghiandola mammaria e la sottomuscolare, quella che pratichiamo normalmente. Quest'ultima consiste nell'inserire la protesi sotto il muscolo pettorale, in modo da mantenerla più distesa e stabile e non impedisce in futuro esami radiologici o ecografici nella zona della ghiandola mammaria, che in questo caso viene solo parzialmente nascosta.

L'inserimento sottoghiandolare della protesi, pur essendo più semplice dal punto di vista chirurgico, può dare qualche problema nel risultato finale. Proprio per questo lo usiamo solo quando è strettamente necessario. Con Katia ragionammo a lungo sulla necessità di ricorrere a questa tecnica, perché

apparteneva a una categoria di pazienti che capita raramente e con caratteristiche fisiche molto speciali: Katia era una culturista.

Al primo appuntamento si presentò con Luca, un gigante di un metro e novantacinque dalla muscolatura possente, che poi scoprimmo essere il suo allenatore.

Il sorriso di Katia era ampio e i denti bianchi spiccavano nell'insieme della carnagione scura del viso, frutto di ripetute sedute con le lampade Uva. Ci strinse la mano in modo molto energico e altrettanto fece Luca. Non riuscivamo a darle un'età. Le rughe di espressione sul suo viso erano dovute probabilmente all'eccessiva esposizione ai raggi ultravioletti, mentre il corpo era un fascio di muscoli: lo notammo anche prima che si spogliasse per la visita.

Tra i due ci fu uno sguardo d'intesa, come se si fossero accordati per come esporre il problema. Poi Katia cominciò a parlare: «Sono alla fine della mia carriera agonistica: avendo quasi quarant'anni ho deciso che la prossima sarà la mia ultima gara. Rimarrò nel settore del body building diventando istruttrice a tempo pieno; però vorrei recuperare un po' della femminilità che ho perso in questi anni. Il mio seno è ormai un ricordo così lontano che non riesco più ad averne un'immagine mentale. Vorrei entrare nella seconda fase della mia vita con una forma più naturale del petto per una donna».

Si voltò nuovamente verso Luca, che annuì.

Da questo primo impatto capimmo che il rapporto che li legava era molto diverso da quello che ci può essere tra amici, tra colleghi di lavoro o tra innamorati. L'uomo era il suo mentore, il suo punto di riferimento per qualsiasi decisione.

Le spiegammo che avremmo dovuto valutare il grado di sviluppo del suo muscolo pettorale perché nei casi estremi, la tecnica sottomuscolare non avrebbe potuto funzionare e avremmo dovuto optare per quella sottoghiandola, con tutti i suoi svantaggi.

«Non c'è problema, noi non...io non - si corresse - ho fretta,

intanto adesso devo partecipare all'ultima gara, poi lascerò passare un po' di tempo, cercando di tornare a un'alimentazione più normale».

Trascorsero un paio di mesi prima di ricevere una sua telefonata. Ci comunicò che aveva chiuso la carriera con un terzo posto e fissò un appuntamento per venti giorni dopo.

Questa volta si presentò da sola e perciò chiedemmo notizie dell'ormai ex allenatore. La risposta fu: «Semplicemente non è più il mio istruttore, perciò non è più necessaria la sua presenza». Ci spiegò che dopo vent'anni di rapporto quotidiano in palestra con Luca, aveva vissuto la naturale separazione con grande sollievo: «In questo campo non avete idea di quanto un allenatore ti stia addosso. In vista della gara bisogna mangiare e bere in modo preciso e stabilito, pesarsi di continuo, perfezionare ogni piccolo difetto e studiare la routine - così chiamava la serie di movimenti da fare in gara - in modo da esaltare le proprie caratteristiche». Quando parlava di quello che era stato il suo lavoro sino a poche settimane prima, non ci guardava mai negli occhi, volgeva l'attenzione in un punto imprecisato della stanza. Tuttavia quando ricordava la fatica durante gli allenamenti e la soddisfazione nel veder crescere ogni singolo muscolo le si illuminava lo sguardo.

Si spogliò per la visita e il suo fisico era ancora impressionante: la schiena, le braccia e soprattutto gli addominali sembravano scolpiti nella roccia. Notando come la stavamo guardando disse: «Pensate che è da un mese che non faccio più allenamento come una volta, ma soltanto qualche esercizio per non diventare troppo flaccida. Molti body builder si lasciano andare e al posto dei muscoli compare il grasso. Peccato che non ci siamo conosciuti quando ero al massimo della forma. Comunque i pettorali non li ho sollecitati troppo».

In effetti la zona del seno era sempre mascolina e con una muscolatura sviluppata, ma se Katia avesse continuato a non allenarsi avremmo potuto operarla con la tecnica abituale senza troppi problemi: così facemmo.

Optammo con il suo assenso per una protesi di media grandezza, perché una più pesante avrebbe potuto dare maggiori problemi: quando la paziente è magra, minuta, oppure con il pettorale sviluppato e poca ghiandola, si potrebbero formare antiestetiche pieghe sulla pelle una volta scomparso il gonfiore post operatorio a causa del peso dell'impianto.

Dopo due ore di operazione la accompagnammo nella sua stanza. Nel frattempo era arrivata sua madre. Fermando uno di noi chiese: «È andato tutto bene? Quella sciagurata non mi ha detto che si sarebbe operata oggi, l'ho saputo da una sua amica che ho incontrato sotto casa, anche in questo caso ha dimostrato la sua testardaggine». Tranquillizzammo la mamma, dicendole che l'intervento era riuscito, ma che ci sarebbero voluti ancora un po' di giorni prima della guarigione, senza entrare nei dettagli.

Quando si svegliò e trovò la madre, Katia sorrise e richiuse gli occhi. Fingendo di non ascoltare i rimbrotti bonari della signora. «Dai mamma - le rispose - l'ho fatto per non metterti troppa ansia. Ora è inutile che mi sgridi come si fa con un'adolescente scoperta mentre fuma una sigaretta; intanto quel che è fatto è fatto».

Katia, da buona atleta, fu molto precisa nel rispettare le scadenze per le medicazioni e i consigli per non mettere a repentaglio la buona riuscita dell'operazione: nei primi giorni evitò i movimenti troppo bruschi con le braccia e si astenne dal sollevare pesi (non solo quelli della palestra, ma anche le borse della spesa, per esempio) o dal guidare la macchina. Queste precauzioni servono fino a quando non si completa la cosiddetta capsula periprotetica, ossia quando l'organismo circonda con una membrana il corpo esterno che abbiamo inserito. Una volta formata la capsula, la protesi è diventata stabile e non più servono fasciature o reggiseni particolari per bloccarla nel muscolo. Tutte queste precauzioni evitano che la protesi esca dalla sede in cui è stata inserita a causa di uno sforzo dei pettorali.

L'unico momento in cui Katia si preoccupò, fu quando s'accorse dei consistenti ematomi sull'addome. Si presentò in

studio e ci mostrò la causa della sua apprensione. Le spiegammo che lo scollamento del muscolo aveva provocato una fuoriuscita di sangue che la gravità aveva portato in basso rispetto alla sede in cui era accaduta. Nel giro di pochi giorni gli ematomi sarebbero spariti.

A distanza di un mese dall'intervento il seno aveva assunto una forma più naturale e le cicatrici cominciavano a schiarire. Katia si dichiarò molto soddisfatta del risultato e anche la madre, che dal giorno dell'operazione la marcava stretta, dimostrò tutta la sua felicità per la figlia.

### **Veronica**

Una buona parte delle pazienti con cui abbiamo a che fare si rivolge al nostro studio dopo essere stata operata da un altro collega. Veronica ci venne a consultare consigliata da Anna, un'amica che da noi si era sottoposta a un intervento al viso. Fu proprio lei ad accompagnarla. Ci aveva anticipato al telefono che la sua amica si era sottoposta a una mastoplastica additiva, ma che le cose non erano andate come si era aspettata.

Quando Veronica cominciò a raccontarci la propria esperienza, gli occhi si fecero gonfi e arrossati dal pianto, il trucco sulle palpebre dopo un po' era completamente rovinato. Il nero della matita formava a sua volta delle lacrime che scendevano verso le guance. Per farla smettere di piangere, cercammo di sdrammatizzare la situazione; in parte ci riuscimmo, perché prese fiato, riuscendo a terminare il racconto di quello che le era successo con una sola pausa per soffiarsi il naso. «Maledico me stessa per aver deciso di farmi ingrandire il seno. Vedendo tutte quelle che se lo fanno rifare mi sono detta "perché no?", ma non avevo idea di ciò che avrei dovuto passare, altrimenti quel giorno sarei andata a comprarmi un vestito da sera invece del seno nuovo! Beh, per farla breve, mi sono rivolta a un vostro collega e mi sono fatta operare. Sembrava che tutto fosse andato per il meglio, ma qualche giorno dopo ho cominciato a notare un indurimento

della zona intorno al seno e ogni momento che passa è sempre peggio. Proprio a me doveva capitare?». Ricominciò a piangere, mentre Anna tentava di consolarla, offrendole un bicchiere d'acqua e cingendole le spalle con un braccio.

«Da quello là non ci voglio tornare - disse Veronica - eppure mi sembrava un professionista così serio...mai fidarsi delle apparenze».

Anna ci guardò e dolcemente le disse: «Infatti ora sei qui e vedrai che risolveranno il tuo problema». Tra loro c'erano soltanto due anni di differenza: Veronica trentacinque e Anna trentasette, ma in quel momento sembravano una ragazzina con la madre.

La visitammo e la diagnosi fu quello che avevamo pensato sin dall'inizio: contrattura capsulare. Nel 3% dei casi di mastoplastica additiva, può capitare che l'organismo non riesca ad accettare la protesi inserita. Abbiamo già detto quanto sia importante la formazione della capsula per la stabilità del seno operato. In questo caso si stava verificando un caso di rigetto della protesi. Spiegammo a Veronica che il chirurgo autore dell'intervento non aveva alcuna colpa: anche scegliendo una protesi diversa l'inconveniente sarebbe accaduto ugualmente.

«Chissà quante volte gli saranno fischiate le orecchie - rispose - per tutti gli accidenti che gli ho augurato e mi dite che non era nemmeno responsabile...». Sorrise, era la prima volta che lo faceva da quando era entrata.

La contrattura capsulare si può risolvere con delle manovre manuali ben precise. Perciò provammo a sciogliere l'indurimento del seno di Veronica con la tecnica abituale. Tuttavia non ottenemmo il risultato voluto. Sarebbe stato necessario un piccolo intervento attraverso il quale avremmo inciso la capsula nel tentativo di ammorbidire la zona. Avvertimmo Veronica che, nel caso in cui anche questa soluzione non si fosse mostrata sufficiente a risolvere il problema, avremmo dovuto togliere le protesi.

«Va bene - disse sospirando - almeno adesso conosco la causa di tutto questo, sono pronta a tutto». Fissammo la

data dell'intervento. Anna in tutto questo periodo le rimase molto vicina e cercò di tirarle su il morale, perché Veronica, nonostante le nostre rassicurazioni sul fatto che in ogni caso non ci sarebbero stati problemi per la sua salute, ogni tanto si lasciava prendere dallo sconforto.

Anna ci confidò che la sua amica aveva da poco chiuso un matrimonio durato sei anni. Proprio per dare una sferzata alla sua vita e lasciarsi alle spalle un capitolo della propria esistenza aveva deciso di ricorrere alla chirurgia estetica. L'inconveniente della contrattura capsulare era stato deleterio per il suo morale, già sotto i tacchi prima di operarsi.

Poco prima di entrare in sala operatoria, Veronica ci confidò che se tutto fosse andato come previsto ci sarebbe stata grata per tutta la vita.

L'intervento riuscì alla perfezione. Ora avremmo dovuto soltanto aspettare, per capire se l'organismo di Veronica sarebbe stato in grado di reagire nel modo da noi sperato.

Fortunatamente anche la fase postoperatoria andò come previsto. Le protesi del seno di Veronica avevano assunto una posizione naturale e tutta la zona si era ammorbidita.

Il giorno dell'ultimo controllo arrivò insieme a suo figlio di quattro anni. Sembrava un'altra persona. Lo sguardo non era più triste e sfuggente. Sorrideva molto spesso e gli occhi color nocciola, non più arrossati e gonfi, le addolcivano l'espressione. Aveva persino cambiato colore alla tinta dei capelli: da un biondo troppo innaturale era passata a un castano ramato. Questa volta Anna non l'aveva accompagnata. Da buona amica aveva lasciato libera Veronica quando non aveva più bisogno del suo sostegno.

---

## **Lara**

Oltre ai casi come quello appena raccontato, ci capitano anche altre situazioni in cui dobbiamo intervenire sul lavoro di un altro collega. Se per Veronica le conseguenze negative non erano dipese dalla capacità del chirurgo, per Lara invece si potevano ricondurre alla leggerezza di chi l'aveva operata.

Lara aveva trentadue anni, un figlio di due e un marito in trasferta all'estero.

Si presentò nel nostro studio accompagnata dalla madre. Assomigliavano moltissimo l'una all'altra: Lara aveva i capelli biondi e lisci, tagliati scalati sulle spalle, due grandi occhi azzurri e un naso lungo con una piccola gobba a metà che rendeva il suo viso ancora più interessante e particolare. La madre Renata aveva lo stesso naso e gli occhi ugualmente chiari. A giudicare dall'aspetto, probabilmente Renata era diventata madre molto giovane, perché dimostrava meno di cinquant'anni.

«Mi sono fatta operare al seno da poco - esordì Lara - avevo programmato tutto per fare una bella sorpresa a mio marito al ritorno dagli Stati Uniti, purtroppo credo di aver avuto troppa fretta e non ho ottenuto un risultato soddisfacente».

«Soddisfacente? - intervenne Renata - ti sei rovinata... eppure ti avevo detto di valutare varie proposte, invece di accettare la prima che sarebbe capitata» Sembrava che continuassero davanti a noi una discussione cominciata chissà da quanto tempo. «Oh, insomma! Mi hai stufata con questa solfa - ribatté Lara - ho sbagliato e ho riconosciuto il mio errore, cosa vuoi che faccia ancora? Credevo che non ci fosse pericolo di rimanere delusi, si vedono così tanti seni rifatti...».

Tentammo di calmarle. Sembravano due sorelle, piuttosto che madre e figlia, anche nel modo in cui stavano litigando. Ricordammo a Lara che, anche se il messaggio televisivo di oggi può far pensare che nella chirurgia estetica tutto sia facile, in realtà spesso si trattano con leggerezza delle operazioni a tutti gli effetti, che impegnano l'anestesista, il chirurgo e la sua équipe.

Chiedemmo a Lara di esporci il suo problema. Ci disse che si era sottoposta a una mastoplastica additiva: quando il seno aveva cominciato a sgonfiarsi, aveva notato anche delle antiestetiche pieghe nel décolleté, che rendevano innaturale e di conseguenza inutile il risultato raggiunto.

In effetti il difetto era particolarmente vistoso. La tecnica usata per l'intervento era stata quella sottoghiandolare. Già poco tempo dopo l'operazione si poteva notare l'eccessivo peso tutto a carico della mammella, anziché del muscolo pettorale.

Illustrammo a Lara i motivi che inducono il nostro staff a non adottare quasi mai questa modalità: oltre alle imperfezioni estetiche, la protesi avrebbe oscurato tutta la zona in caso di radiografie o ecografie. Inoltre, con il passare degli anni, la ghiandola si sarebbe atrofizzata. Lara ci raccontò che il chirurgo a cui si era rivolta le aveva spiegato alcuni svantaggi, ma sul suo personale piatto della bilancia aveva pesato maggiormente il vantaggio economico di un'operazione di questo tipo. Il fatto di poter rinunciare ai drenaggi e a una degenza più lunga l'aveva convinta a optare per la tecnica più semplice, non immaginando le conseguenze che in seguito si sarebbero presentate.

Renata aveva annuito a ogni nostra affermazione, volgendo sempre lo sguardo verso la figlia, come per sottolineare di aver avuto ragione sin dall'inizio.

«A questo punto sono nelle vostre mani», ci disse Lara.

Le consigliamo di sottoporsi a un nuovo intervento. Avremmo potuto rimuovere la protesi e inserirne una nuova sotto al muscolo pettorale, per eliminare le pieghe della pelle e garantire la salute della ghiandola mammaria.

La madre offrì alla figlia il proprio aiuto economico. Lara prima rifiutò categoricamente, ma poi si convinse ad accettare.

Quando le togliemmo le protesi, notammo che erano di qualità scadente e di forma "a goccia": altro errore di valutazione perché quelle tonde, in caso di rotazione, danno sempre la stessa forma al seno, un fatto che non si verifica per quelle anatomiche (che inoltre risultano più dure al tatto). Era stato il desiderio di Lara di risparmiare a farle compiere anche quest'altro errore nella scelta della protesi.

Durante i primi giorni post intervento Lara, più che del dolore, tenuto a bada con un'adeguata terapia analgesica, si

lamentò dei cerotti e della fascia elastica che le avvolgeva il petto: «Per me che il reggiseno lo portavo soltanto quando ero incinta, è dura sopportare una tale costrizione».

Nei due giorni di degenza a Villa Montallegro, Renata venne a farle visita soltanto una volta, impegnata com'era a svolgere il ruolo di nonna. In compenso fu il padre a tenere compagnia a Lara.

A distanza di venti giorni dall'operazione, la nostra paziente ci telefonò per raccontarci come il marito aveva reagito alla novità: «Avreste dovuto vedere la sua faccia. Sapeva che avevo intenzione di rifarmi il seno, ma non pensava che avrei sfruttato la sua assenza per fargli questa sorpresa. Comunque gli ho detto di non affezionarsi troppo a questa grandezza perché, come mi avete anticipato voi, gli ho spiegato che prima di arrivare al risultato finale perderò anche il 30% del volume. In pratica è come se avessi avuto una seconda montata latte, ho detto bene?».

Lara si era espressa correttamente. La sua voce tradiva la contentezza.

Un paio d'ore dopo ricevemmo un'altra telefonata. Era Renata.

«Volevo dirvi grazie e scusarmi per la scenata la prima volta che siamo venute da voi, ma mia figlia e io, anche se ci assomigliamo così tanto esteriormente, abbiamo due caratteri difficili e sempre in conflitto. Comunque ci vogliamo bene, spero lo abbiate capito».

Non c'era bisogno di questa spiegazione, avevamo compreso le loro motivazioni e soprattutto eravamo contenti della fiducia che, sin dal primo incontro, entrambe avevano riposto in noi.

---

## **Stefanie**

C'è un caso di mastoplastica additiva che ricorderemo sempre, non solo perché la citiamo negli esempi di garanzia di integrità delle protesi, ma anche perché, grazie a questa operazione, una persona si è salvata da una grave malattia.

Stefanie è una bella e simpatica signora tedesca di trentacinque anni che da quindici vive in Italia insieme al marito Luciano. Si presentarono da noi alla fine di agosto. Entrambi erano insegnanti di tedesco a Milano. Lei per un'associazione di cultura tedesca in Italia, lui al liceo linguistico. Si erano conosciuti durante un seminario su Goethe in Germania quando avevano rispettivamente venti e ventotto anni. Luciano aveva appena cominciato a insegnare, mentre lei frequentava l'università. Fu amore a prima vista e Stefanie lasciò tutto per seguirlo in Italia; vicende che normalmente si vedono solo nei film. Ci spiegarono che ormai da dieci anni trascorrevano i tre mesi di vacanze estive a Celle Ligure. Qui, una vicina di ombrellone aveva parlato così bene del padiglione Più Donna di Villa Montallegro, che avevano pensato di rivolgersi a noi.

Stefanie incarnava lo stereotipo della tedesca: alta, capelli biondissimi, pelle chiara, nonostante l'abbronzatura, con parecchie efelidi. Gli occhi erano scuri. Luciano era il classico tipo mediterraneo: carnagione olivastra, capelli e occhi neri.

«Sono venuta qui - disse Stefanie in perfetto italiano - perché vorrei tirare un po' su il mio seno. Durante la gravidanza ero ingrassata parecchio, dopo l'allattamento e una dieta forse troppo drastica ho perso peso, ma il seno si è svuotato troppo e adesso è molto cadente, anche se io porto solo una seconda. Non sono ancora troppo vecchia per rinunciare a piacere a me stessa e a Luciano, quindi visto che esistono questi metodi per aiutare le persone come me, eccoci qua». Sentendola parlare così bene le facemmo i complimenti. Questa volta fu Luciano a prendere la parola: «Stefanie non parla bene solo l'italiano, ma anche l'inglese e il francese. È molto portata e impara rapidamente, sarà perché è bilingue sin da quando era bambina. Pensate che aveva una tata italiana che, oltre a parlarle nella nostra lingua, le cantava tutto il repertorio melodico del nostro paese».

«Ah, sapevo tutte le canzoni di Claudio Villa e Domenico Modugno - spiegò Stefanie - poi ho scoperto che la musica

italiana non era soltanto questa per fortuna...io amo il ritmo».

Il seno di Stefanie era effettivamente piccolo e cadente. Il caso ideale per una mastoplastica sospensiva in combinazione con quella additiva. Le spiegammo la nostra proposta: avremmo riportato il complesso areola capezzolo all'altezza giusta per le proporzioni del suo corpo, senza levare ghiandola mammaria (come avviene invece nel caso della mastoplastica riduttiva): avremmo però inserito due piccole protesi per dare un po' di volume.

Stefanie era entusiasta e aveva contagiato Luciano, che, come ci confessò più avanti, inizialmente non si era trovato d'accordo con la moglie sull'operazione: «Ma siccome lei è padrona di fare ciò che vuole, io ho solo espresso la mia opinione e non le ho proibito niente».

Dopo gli esami necessari prima di sottoporre una persona a un'operazione simile, venne il giorno di Stefanie. Durante l'intervento notammo un piccolo nodulo nella mammella sinistra. Decidemmo di toglierlo per fare un'analisi più approfondita. Non ci furono altri intoppi, quando Stefanie si risvegliò aveva il petto ben fasciato e ignorava ancora quello che era successo.

Glielo spiegammo proprio durante il cambio della medicazione. I risultati erano arrivati e la mastoplastica additiva aveva in questo caso salvato Stefanie da un male terribile: il nodulino si era rivelato un tumore maligno. Fortunatamente l'avevamo notato quando era ancora in fase iniziale e, una volta eliminato, la nostra paziente non avrebbe dovuto sottoporsi a nessuna ulteriore cura.

Lei si rivolse subito al marito: «Hai visto caro che anche questa volta avevo ragione?», disse sottovoce. Lui annuì e le strinse forte la mano, ancora stordito dalla rivelazione.

Quando uscimmo dalla stanza, Luciano ci rincorse e con gli occhi lucidi ci comunicò tutta la sua gratitudine: «Io...non so che dirvi...è uno dei rari casi in cui mi mancano le parole. Io ho perso mia madre a causa di un tumore e quando mi avete detto che Stefanie sarebbe andata incontro a questa malattia

se non ve ne foste accorti, davanti agli occhi mi è passato come in un film tutto il dolore provato da mia madre. Non so quanto avrei potuto sopportare un altro calvario simile». Era davvero commosso. In questo caso avevamo reso veramente felici due persone e l'estetica, questa volta, aveva svolto un ruolo solo marginale.

Stefanie impiegò più tempo rispetto al solito a recuperare la sensibilità del capezzolo. Questo ritardo è assolutamente normale e capita alle persone che prima dell'intervento sono di natura molto sensibili in quella zona.

Due anni dopo l'operazione, in una calda giornata di giugno, ricevemmo una telefonata di Luciano. Il tono di voce era diverso da quello che ricordavamo. Era molto agitato e parlava talmente veloce che era difficile riuscire a capirlo.

«Stefanie ha avuto un grave incidente stradale. Un pirata della strada le è venuto contro a cento all'ora su una strada statale. È un miracolo che si sia salvata, ma ha una gamba e qualche costola rotta».

Era successo il giorno prima. «Fortunatamente» Stefanie se l'era cavata con qualche frattura e una piccola commozione celebrale, un miracolo vedendo com'era ridotta l'auto che stava guidando. Ci precipitammo all'ospedale. Stefanie era giù di morale, ma trovò la forza di farci sorridere: «Quest'estate sarò giustificata...nessuno oserà prendermi in giro perché dopo tre mesi al mare resto sempre bianca». Nonostante l'urto violentissimo e la conseguente frattura della cassa toracica, le protesi avevano resistito ed erano rimaste intatte. Questo spiacevole episodio rappresentò la prova che garantisce a vita il prodotto a cui ci affidiamo. Soltanto un violento colpo con un'arma da taglio potrebbe recidere la membrana che racchiude il gel di silicone. A differenza di qualche anno fa, quando le protesi dopo circa un decennio erano già vecchie, chi ha qualche dubbio sull'intervento non deve rinunciare solo per la paura che le protesi si rompano.

## Francesca

Una volta però siamo stati noi a sottovalutare la richiesta di una paziente. Francesca, una bella ragazza di nemmeno trent'anni, molto esile e minuta, ci chiese un seno importante. La accompagnò la zia, già nostra paziente in passato, che rimase fuori durante il nostro incontro. Il viso era incorniciato dai capelli biondo naturale e completato da due occhi azzurri circondati da ciglia molto lunghe. All'ombelico, lasciato scoperto dai pantaloni a vita bassa, era applicato un piercing con una pietra celeste quanto le sue iridi. Aveva un seno piccolo e una visibile asimmetria tra i due capezzoli.

«Non voglio più il complesso di un seno brutto e piccolo, voglio un bel volume qui davanti». Nonostante la giovane età, Francesca aveva il complesso areola-capezzolo cadente rispetto alla posizione in cui avrebbe dovuto essere. Le proponemmo anche una pessi, ovvero una sospensiva, perché altrimenti avremmo potuto pregiudicare il risultato finale. L'unico aspetto negativo sarebbero state le cicatrici in più.

«No, non voglio altri segni, sono troppo giovane», fu la risposta. Non volle sentire ragioni, nonostante le nostre perplessità. Alla fine la operammo senza sollevarle la pelle all'altezza giusta.

A distanza di due settimane dall'intervento Francesca sembrava molto soddisfatta, ovviamente il gonfiore era tale che non si poteva ancora giudicare completamente il risultato. Noi invece eravamo ancora più dubbiosi. Non ci piacque una seno così grande su un fisico così minuto.

Una volta ridotto il gonfiore, emerse un problema: il peso delle protesi unito alla ptosi del complesso areola-capezzolo (ossia il seno cadente), aveva provocato una piega nella pelle vicino allo sterno, inoltre Francesca cominciò a lamentarsi del peso delle protesi e del fatto che si sentisse la zona troppo dura al tatto.

Fu l'inizio di una serie di incontri in cui lei continuava a dire di sentirsi stanca di fare le medicazioni, mentre noi cercavamo di convincerla a cambiare idea e a ridurre le protesi.

Andammo avanti così per un anno intero. Una convinzione sbagliata della paziente non avrebbe dovuto convincerci a tentare quell'intervento. Facemmo autocritica e cercammo di venirle incontro. Alla fine si convinse a rioperarsi.

Agimmo come avremmo dovuto fare sin dall'inizio: una pessi e l'inserimento di una protesi di dimensioni inferiori rispetto a quella precedente. La cicatrice in aggiunta a quella peria-reolare fu un segno verticale sino al solco sottomammario.

Quando si risvegliò ci disse sarcastica: «Mi sembra di vivere un déjà-vu». Era delusa e non faceva nulla per nascondere. Tentammo di farla sorridere, dicendole che ormai il peggio era passato, ma non ottenemmo grandi risultati.

A poco a poco le tornò il buon umore. I genitori di Francesca, lasciati sino ad allora fuori dalla questione per la sua cocciutaggine e voglia di indipendenza, avevano preso in mano la situazione.

Durante il cambio delle medicazioni la giovane paziente continuava a rimuginare sugli errori fatti, ma gradualmente le sue rimostranze furono sempre più rare.

Il risultato questa volta fu soddisfacente. Il seno aveva una forma più naturale e proporzionata al corpo di Francesca. Alla fine anche lei ci comunicò di essere contenta: «In fondo avere una cicatrice in più non è stato poi così traumatico, anche perché quasi si confonde con la pelle».

## **Giuliana**

L'età in cui le donne cominciano a pensare di sottoporsi a una mastoplastica additiva va abitualmente dai ventiquattro anni in su. Pur non incidendo sulla possibilità di allattamento, normalmente consigliamo alle pazienti che non hanno ancora affrontato una gravidanza e hanno intenzione di farlo a breve termine di riflettere bene e, se possibile, di rinviare l'operazione almeno di un anno dopo il termine dell'allattamento.

A volte però ci è capitato di operare anche ragazze giovani per aiutarle a superare i disagi psicologici provocati da un

seno troppo piccolo o asimmetrico.

Giuliana arrivò dalla Toscana accompagnata da entrambi i genitori. All'epoca del primo incontro aveva diciassette anni. Il padre, avvocato, ci aveva telefonato all'insaputa della figlia qualche giorno prima dell'appuntamento già fissato, spiegandoci la situazione dal suo punto di vista: «Mia figlia purtroppo non riesce più a relazionarsi normalmente persino con le amiche, purtroppo ha un seno poco sviluppato e l'altro praticamente mascolino, ma per noi è troppo giovane per affrontare un'operazione simile, cercate di convincerla a desistere».

Quella chiamata lasciò presagire guai almeno per i rapporti interni a quella famiglia.

Arrivarono tutti e tre con grande anticipo. Il padre Enrico, in impeccabile giacca e cravatta, camminava avanti e indietro nel corridoio davanti allo studio, la madre Maria era seduta sul divanetto e teneva gli occhi fissi sul pavimento, mentre Giuliana sfogliava distrattamente una rivista masticando rumorosamente una chewing-gum.

Quando li facemmo accomodare, Enrico entrò per primo e stringendo a lungo le nostre mani ci fissò con intenzione, come per ricordare il colloquio telefonico di qualche giorno prima. Non avremmo potuto garantirgli nulla. In questi casi così delicati occorre studiare a fondo la psicologia della paziente prima di pronunciarsi.

Cercammo di mettere a loro agio sia Giuliana sia sua madre, ma entrambe sembravano molto tese. Il primo a parlare fu Enrico: «Allora, siamo venuti perché mia figlia sostiene di avere un problema...».

«Ho un problema», lo corresse subito Giuliana.

Ignorando il tono ostile della figlia, Enrico proseguì: «La natura non è stata generosa in fatto di forme con lei, noi continuiamo a ripeterle che la perfezione non esiste, ma Giuliana non riesce a superare questo complesso. Proprio per questo l'abbiamo fatta seguire da una psicologa».

«Se permetti papà - intervenne Giuliana - vorrei spiegare io come stanno le cose, visto che sono io a non stare bene».

Quell'io ripetuto più volte era carico di tutto il rancore dovuto probabilmente alle infinite discussioni fatte in casa. Maria non disse nulla, si limitò a lanciare un'occhiataccia al marito carica di significato.

Giuliana cominciò a raccontare: «Quando sono entrata nell'età dello sviluppo mi sono subito accorta di essere in ritardo rispetto alle mie compagne di scuola, a cui stava già crescendo il seno. Le bambine, come sapete benissimo, già nelle elementari cambiano molto, ma quando si ha dieci anni non si bada troppo a queste cose. A quattordici-quindici anni invece comincio a fare caso a quanto si è diversi dalla normalità. Fino a due anni fa, giocavo a pallavolo a livello agonistico, ma ho voluto smettere perché mi vergognavo a mostrarmi nuda nello spogliatoio davanti alle altre. E non parliamo delle relazioni con l'altro sesso...».

«Bene - la interrompe Giuliana - credo che i signori abbiano sentito abbastanza per dirti che la tua volontà di farti operare sia assolutamente fuori luogo».

Non volevamo farci influenzare dal padre, apparso sin dall'inizio troppo apprensivo, ma Erica era talmente giovane che sarebbe stato sciocco non provare a farla riflettere sulla sua decisione almeno sino alla maggiore età.

Le spiegammo che una mastoplastica additiva non sarebbe stata una sciocchezza. Le cicatrici, anche se nascoste dalla differenza di colore tra la pelle e l'areola, sarebbero comunque rimaste visibili. Inoltre si trattava di un intervento più adatto a chi era già diventata madre, anche se le protesi non le avrebbero impedito di allattare.

Giuliana, continuò a masticare la sua gomma e annuì più per educazione che per effettiva convinzione. Alla fine comunque accettò di aspettare di compiere diciotto anni prima di prendere qualsiasi decisione.

Sei mesi dopo, il padre ci richiamò al telefono con un tono da funerale: «Abbiamo provato in tutti i modi, ma non siamo riusciti a farle cambiare idea. Ha minacciato persino di scappare di casa e tornare quando sarebbe stato tutto finito. Perciò abbiamo deciso di assecondarla. Quando possiamo

venire? Almeno, se dobbiamo farlo, vorremmo che riuscisse bene». Parlava al plurale, come se fosse lui a doversi operare insieme alla figlia. In sottofondo si sentiva la voce di Giuliana che continuava a correggerlo a ogni parola pronunciata.

Quando aprimmo la porta dello studio ci si presentò davanti lo stesso “quadretto familiare” della volta precedente: Enrico agitato e sempre in movimento, mentre madre e figlia si ignoravano sedute sul divano, come se tra loro ci fosse una barriera invisibile.

Quando entrarono, però, notammo subito che Giuliana aveva un'aria più distesa e questa volta sapeva già di aver vinto e rivolgeva ai suoi genitori sguardi trionfanti. Il papà fingeva di non badarci, mentre la mamma, visibilmente rossa in volto, teneva la testa ancora più bassa e faceva sparire le mani strette tra le ginocchia.

Quando fu il momento di visitarla, Giuliana volle che il padre uscisse dalla stanza e lo ottenne nonostante le proteste di Enrico. Avremmo dovuto inserire due protesi di diversa grandezza per ottenere un risultato uniforme. Optammo per una taglia in più rispetto a quella del seno più sviluppato, in modo da garantire un effetto molto naturale e non troppo visibile.

Durante la degenza postoperatoria Giuliana ebbe un crollo psicologico notevole. La sicurezza e la volontà con cui aveva affrontato il parere contrario dei genitori avevano lasciato spazio alla debolezza. Le sue difese erano crollate tutte insieme e all'improvviso. «Eppure l'operazione è riuscita bene...», continuava a ripeterci Enrico. Gli spiegammo che quando si lotta molto per ottenere una vittoria, una volta che si è raggiunto l'obiettivo, bisogna riorganizzarsi completamente per andare avanti. Consigliammo a entrambi i genitori di lasciare Giuliana tranquilla e di non assillarla troppo.

A distanza di otto giorni togliemmo i punti. Sarebbe cominciata quella fase in cui avremmo dovuto attendere l'attenuazione sia del gonfiore, sia dell'arrossamento delle cicatrici. La nostra giovane paziente non ebbe nessuna complicazione

e anche il suo umore cominciò a risollevarsi avvicinandosi al risultato finale.

La incontrammo dopo un paio d'anni. Sembrava un'altra persona. Aveva abbandonato gli abiti scuri e il trucco pesante per un look molto più fresco e giovane. Ci spiegò che si era iscritta all'Università di Genova e dal lunedì al venerdì abitava in città e quindi lontano dai genitori. La separazione provvisoria dalla sua famiglia le aveva fatto più che bene. Aveva anche ricominciato a giocare a pallavolo, la sua passione: «Anche se - ammise - ora faccio dei tornei a livello universitario e non in serie B come prima: non avrei il tempo per allenarmi come si dovrebbe». Eravamo davvero felici per come aveva superato le sue difficoltà e anche per l'indipendenza che era riuscita a raggiungere.

## Sara

Spesso succede che chi viene da noi convinta di sottoporsi a una mastoplastica additiva si sia già fatta un'idea di come vorrebbe il proprio seno. Alcune pazienti pongono come metro di paragone il décolleté di soubrettes o attrici famose, portando direttamente una foto della loro preferita in topless. C'è anche chi ha fatto di più.

Sara e Chiara sono due sorelle molto diverse l'una dall'altra, si potrebbe dire come il giorno e la notte. La prima è esuberante, esibizionista e loquace, Chiara invece è riservata, timida e di poche parole. Anche fisicamente non si assomigliano: Sara ha una corporatura piuttosto mascolina, mentre Chiara ha una linea più morbida e femminile.

Il primo incontro fu con Chiara. Stufa dei suoi problemi di abbondanza, aveva deciso di ridurre il seno (ne parleremo nel capitolo successivo). Conoscemmo Sara poco prima dell'operazione della sorella. Fu come aprire la porta a un tornado. Cominciò subito a criticare la decisione di Chiara: «Ma come, ti fai appiattire? È proprio vero che la natura è stata generosa con la persona sbagliata - sospirò Sara - ma voi non potete convincerla a farla desistere dall'errore che sta com-

## UN SENO SENSATO

piendo?». Cercammo di spiegarle che l'ipertrofia ghiandolare è un problema serio e che può dare fastidi fisici da non sottovalutare. Sara non voleva sentire ragioni: per lei la mastoplastica riduttiva rimaneva una follia: «Ma agli uomini piace un po' di "materia" in più», fu il suo commento.

Chiara, probabilmente abituata alle uscite della sorella, ci disse con lo sguardo di non farci caso.

Subito dopo l'operazione venne a farle visita già con un'idea ben precisa in testa. Arrivò vestita come per recarsi in discoteca, con una minigonna inguinale, stivali dal tacco altissimo e un top aderente. I lunghi capelli biondi erano l'unica cosa che copriva la schiena. Non chiese alla sorella come fosse andato l'intervento: «Ho deciso, tu te lo sei fatto ridurre, io me lo farò aumentare!». La rivelazione non scompose Chiara, che le rispose pronta: «Ci avrei scommesso, beh e allora come vuoi fartelo fare?». La risposta immediata della sorella spiazzò Sara: «Ma, insomma! Non ci ho ancora pensato!». Si misero a discutere sulla taglia ideale. Chiara le consigliò una terza, mentre Sara naturalmente spingeva per una quarta. Tutto questo ce lo raccontò Chiara mentre le stavamo facendo una visita di controllo. Nel frattempo Sara era uscita per comprare qualcosa. Tornò quando avevamo appena terminato. In mano aveva alcune riviste. Sulle prime non facemmo caso al tipo di pubblicazioni, ce ne accorgemmo quando ci pregò di fermarci per un consiglio: aveva acquistato dei giornalini pornografici per guardare i seni fotografati. Fu molto seria nel commentare ogni immagine. Alla fine scelse il bel seno di una ragazza impegnata in attività irripetibili.

«Bene, ora che ho deciso, quando mi opererete?». Le spiegammo che una mastoplastica additiva non era così rapidamente programmabile come un'iniezione di tossina botulinica. Avremmo dovuto prima farle alcune visite ed esami, farle firmare il consenso informato, in cui ci sarebbero state tutte le spiegazioni sull'intervento, aspetto da non prendere alla leggera.

«Ve bene, allora quando posso venire nel vostro studio?»,

## UN SENO SENSATO

rispose con noncuranza.

La dirottammo alla nostra segretaria per concordare una visita al più presto. Si presentò dopo cinque giorni. Questa volta aveva optato per un completo più sobrio, un gessato con tanto di cravatta.

Sara aveva 43 anni e ben tre figli, avuti tutti da uomini diversi. «Ogni volta pensavo di aver trovato l'uomo giusto, invece poi scoprivo a mie spese che razza di farabutti fossero. Il mio problema è che mi fido troppo della gente, sono sempre così ottimista...».

Il suo seno era piccolo ma già cadente. Avremmo dovuto usare una combinazione di mastoplastica additiva e sospensiva. Fummo molto precisi nel spiegarle tutte le tappe dell'intervento, ma soprattutto della fase postoperatoria, aspetti importantissimi per non vanificare il nostro lavoro: tenere sempre la banda elastica i primi giorni successivi all'intervento e, fino quando non avessimo tolto i punti, non avrebbe dovuto lavare la zona di formazione della cicatrice. Divieti anche a sollevare pesi e a mettersi alla guida dell'auto. «Bere e mangiare... potrò?», ci interruppe ridendo. Le risponderemo che su queste due attività non ci sarebbero stati problemi.

Aveva l'abitudine di prendere il sole in topless, ma avrebbe dovuto rinunciarvi per qualche settimana e, in ogni caso, l'esposizione della zona ai raggi per i due mesi successivi le sarebbe stata consentita solo con una crema protettiva a schermo totale.

«E in palestra quando potrò tornare?», sbuffò, cominciando a capire che si trattava di un'operazione a tutti gli effetti e non di una sciocchezza.

Avrebbe potuto cominciare a sollecitare i pettorali dopo tre settimane, ovviamente con gradualità e tenendo sempre il reggiseno sportivo.

«Va bene, prometto che rispetterò tutto quello che mi avete detto, basta che alla fine abbia due tette come quella del giornalino!».

Avremmo avuto qualcosa da ridirle sulla volontà di avere un

## UN SENO SENSATO

modello in fotografia per un'operazione del genere, ma rinunciammo, avendola già stordita con tante regole.

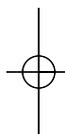
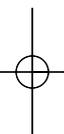
L'intervento riuscì molto bene. Chiara ricambiò il favore e venne a trovare subito la sorella, che a causa dei drenaggi e della fascia che le cingeva il petto faceva fatica a mostrare l'abituale esuberanza.

«Ohh, Chiara, non hai idea di quanto mi stringa questa roba - si lamentò Sara, esagerata come al solito - ma quando sarà tutto passato non ce ne sarà più per nessuno». La sorella annuì e le anticipò che sarebbero arrivati a trovarla anche i suoi ragazzi. Facemmo i complimenti a Sara per la bellezza dei suoi figli: tre giovanotti dall'aria sveglia di venti, diciotto e quindici anni. Le assomigliavano molto nel gesticolare e nello sguardo. Sara ci sorprese quando aprì bocca: la prima domanda che fece loro fu: «Avete messo in ordine le vostre stanze? Guardate che quando torno non potrò fare nessuno sforzo con le braccia per molto tempo - ci fece l'occholino - quindi sappiatevi regolare». Non ci saremmo mai aspettati una severità del genere da una persona come Sara. Come ci confidò in seguito, avere tre uomini per casa l'aveva spinta a diventare così, perché altrimenti sarebbe diventata una specie di cameriera a tempo pieno.

Tolti i punti, Sara cominciò a tornare quella di prima, tanto che durante l'ultimo controllo facemmo fatica a contenere la sua esuberanza. Se ne andò dopo aver stretto ripetutamente la mano a ognuno di noi: «Grazie, grazie per quello che avete fatto, un lavoro davvero eccellente. Vedrete quante mie amiche verranno qui da voi e chissà che non sia proprio io ad accompagnarle!».



**Parte II**  
**LA MASTOPLASTICA SOSPENSIVA E RIDUTTIVA**



UN SENO SENSATO

## Mastoplastica sospensiva

L'intervento di mastoplastica sospensiva consiste nel riposizionamento del complesso areola capezzolo e nella ridefinizione del cono mammario in quelle pazienti che presentino una condizione di "ptosi", ovvero di caduta della ghiandola verso il basso.

### *La ptosi mammaria*

È la condizione che si verifica con la discesa della mammella verso il basso per effetto della forza di gravità e della riduzione di elasticità di quel tessuto di sostegno che, in età giovanile, svolge il compito di mantenere un buon tono mammario.

Con il passare degli anni, particolarmente nei soggetti con mammelle molto voluminose, si determina un progressivo stiramento dei setti fibrosi che, dalla cute, si portano all'interno della ghiandola per ancorarsi alla fascia del muscolo pettorale. L'effetto più evidente è la discesa verso il basso. Questo fenomeno è accentuato dalla perdita di elasticità della cute ed è maggiormente evidente in chi è soggetto a variazioni importanti del peso corporeo. Durante l'ingrassamento, infatti, le mammelle aumentano di volume, stirando la cute sovrastante (e naturalmente i setti fibrosi) che si adatta al nuovo contenuto. Quando il grasso e la ghiandola sono soggetti a riduzione del volume, la pelle risulta sovrabbondante. È in grado di ritrarsi in maniera adeguata, riadattandosi al minor contenuto, nei soggetti giovani e con una buona elasticità cutanea; ma nei soggetti con minor tono cutaneo, o in caso di variazioni di volume significative, la pelle non è in grado di riadattarsi e la diretta conseguenza è la caduta della mammella. Dopo una gravidanza e l'allattamento alcune donne si trovano con un seno "svuotato": il fenomeno è dovuto all'importante riduzione del volume mammario per effetto della caduta del livello degli ormoni

## UN SENO SENSATO

mammotropi.

Esistono gradi diversi di ptosi, che vengono convenzionalmente numerati dal I al IV a seconda di due differenti variabili: la discesa in centimetri del complesso areola capezzolo e la caduta del tessuto mammario sul torace.

In condizioni "normali", il complesso areola capezzolo (CAC) dovrebbe trovarsi, osservando di profilo, al di sopra del solco sottomammario; nei differenti gradi di ptosi questo livello si porta verso il basso al di sotto del solco di 1, 2, 3, 4 o più centimetri, definendo i diversi gradi di ptosi.

La stessa regola vale per quanto concerne la discesa del tessuto mammario che non dovrebbe appoggiare sulla cute toracica sottostante il solco: nelle ptosi, invece, la mammella progressivamente si porta verso il basso, adagiandosi sulla parete toracica.

### ***Correzione delle ptosi: mastopessi***

L'intervento di correzione di questo disturbo viene chiamato mastopessi. In realtà esistono diverse tecniche per la correzione della ptosi mammaria, ciascuna con specifiche indicazioni, ma anche con vantaggi, svantaggi, e limiti.

La scelta del tipo di intervento deve essere preceduta da un'attenta valutazione dello stato locale al momento della visita. Sono fattori importanti: l'elasticità cutanea, la presenza o meno di smagliature, il tipo di cicatrizzazione della paziente, le aspettative, il volume della ghiandola (potrebbe essere associata a un eccesso o, viceversa, a un difetto di volume) e naturalmente l'entità della ptosi.

Le ptosi di livello moderato possono essere corrette facilmente con una tecnica chiamata "round-block", che consiste nell'asportazione di una striscia circonferenziale di cute dal perimetro dell'areola. Questo tipo di tecnica permette un sollevamento di piccola entità del CAC, con scarsi esiti cicatriziali.

La cicatrice residua che circonda l'areola è poco visibile col tempo e viene camuffata per effetto ottico dal passaggio fra areola scura e pelle circostante chiara. (*Disegno 4*)

## UN SENO SENSATO

Il limite di questa tecnica è legato al fatto che non garantisce un adeguato risultato estetico per ptosi di grado più elevato. Se la striscia di cute asportata è eccessiva si rischia che si formino delle pieghe radiali intorno all'areola. Altro importante accorgimento è legato al fatto che, se la ghiandola sottostante non è stata riposizionata in maniera adeguata, si rischia di dare alla mammella un effetto "schiacciato". La tecnica può essere applicata in maniera ottimale anche nei soggetti con mammella moderatamente ptosica e ipotrofica (piccola), che richieda quindi l'inserimento di una protesi per dare maggior volume.

Per correzioni di entità maggiore è consigliabile ricorrere a un approccio chiamato con "cicatrice verticale". La tecnica consiste nel rimuovere una plica di cute (diciamo così, una pence) prevalentemente dalla regione centrale e inferiore della mammella, cioè dalla porzione sottoareolare, e nel riposizionare verso l'alto il complesso areola capezzolo. Ne residuano due cicatrici: la prima è sovrapponibile a quella precedentemente descritta per la "round-block", la seconda è verticale e, dal margine inferiore dell'areola, si porta verso il basso sino al solco sottomammario. Questa seconda cicatrice, col tempo, ha la tendenza a guarire meglio e di conseguenza a farsi notare meno. (*Disegno 5*)

La tecnica permette di effettuare sospensioni di grado molto variabile, in alcuni casi anche importanti, lasciando segni del tutto accettabili.

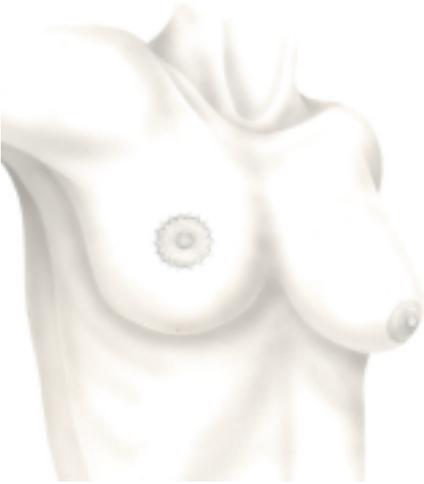
La terza tecnica viene chiamata a "T invertita", sempre in relazione al tipo di cicatrice che residua: prevede l'asportazione di un'area di cute dai quadranti mammari inferiori centrali, laterali e mediali. Restano un segno periareolare, uno verticale dall'areola al solco sottomammario più uno di lunghezza variabile in corrispondenza del solco stesso. (*Disegno 6*)

Questa tecnica è particolarmente indicata - in alcuni casi si potrebbe dire che è obbligata - nella correzione di mammelle estremamente ptosiche.

I segni che resteranno a ricordo dell'intervento sono sostan-

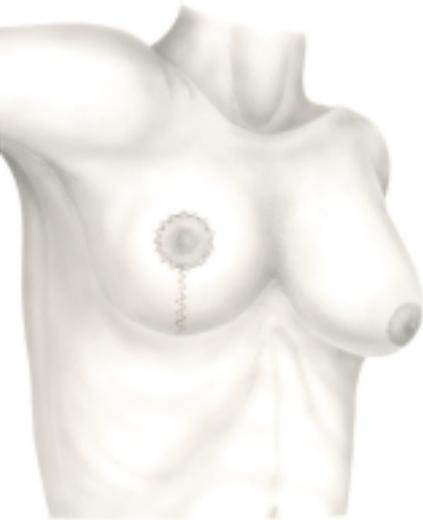
UN SENO SENSATO

4



*Disegno 2:*

5



*Disegno 3:*

## UN SENO SENSATO

zialmente legati all'estensione della cicatrice sottomammaria e questa, a sua volta, è strettamente dipendente dall'entità della ptosi.

La durata di ciascuno degli interventi è variabile e dipende dalla tecnica utilizzata, dall'entità della correzione e dall'eventuale associazione con una mastoplastica additiva (vedi il capitolo specifico).

La tecnica pura prevede una durata di tempo chirurgico variabile tra i 45 minuti e le 2 ore e per le sospensioni di grado lieve può essere effettuata in regime ambulatoriale o di day surgery (una giornata di ricovero). In entrambi i casi l'intervento si esegue in anestesia locale con l'ausilio di una blanda sedazione.

Nei casi di sospensioni associate all'inserimento di una protesi, l'intervento viene eseguito generalmente in anestesia generale, in regime di ricovero ordinario. In questo caso la degenza e il periodo postoperatorio sono sovrapponibili a quelli di una mastoplastica additiva.

In ogni caso i punti di sutura vengono rimossi entro 15-20 giorni, durante i quali, ogni 4-5 giorni circa, la paziente deve sottoporsi a un ciclo di medicazioni. In questo periodo è sconsigliabile fare attività fisica ed è controindicato bagnare le ferite.

### ***Mastoplastica riduttiva***

L'intervento di mastoplastica riduttiva può essere considerato per semplicità una variante dell'intervento mastoplastica sospensiva. Trova indicazione in quei soggetti con mammelle voluminose che richiedano una riduzione del volume mammario.

L'ipertrofia mammaria, ossia l'eccessiva crescita del tessuto mammario, è una condizione legata tipicamente a due differenti cause: il soprappeso e l'eccessiva crescita del tessuto ghiandolare. Nel primo caso la mammella è solitamente costituita per la maggior parte da tessuto grasso. Nel secondo caso, soprattutto nei pazienti in età giovanile, il volume mammario è prevalentemente occupato dalla ghiandola.

## UN SENO SENSATO

Abbiamo già spiegato come col passare degli anni il parenchima mammario (cioè il tessuto ghiandolare) venga progressivamente sostituito da grasso a causa dei processi di involuzione della mammella.

Il grado di ipertrofia può variare da lieve a moderato sino a severo. A seconda dello stato di partenza, è possibile utilizzare una delle tre tecniche precedentemente descritte per la correzione delle ptosi mammarie. La scelta della tecnica deve essere preceduta da un'attenta valutazione sia del grado di ipertrofia sia di quello di ptosi: le due condizioni sono solitamente associate, seppure in maniera variabile.

Per questioni di chiarezza non ci addentreremo nelle scelte tecniche riguardo le modalità per asportare il tessuto mammario esuberante, benché queste operazioni influenzino in maniera importante il risultato estetico finale.

Anche in questo caso le caratteristiche dell'intervento e la durata del ricovero dipendono strettamente dall'entità della riduzione che deve essere effettuata.

Per riduzioni di grado lieve-moderato è possibile ricorrere a un'anestesia locale, mentre per riduzioni di grado maggiore è indicata quella generale, il posizionamento di un drenaggio per mammella e un ricovero di due-tre giorni.

La gestione nel periodo postoperatorio è del tutto simile a quanto si è indicato per la tecnica di sospensione.

Nel corso degli anni, vari autori hanno proposto tecniche alternative che a oggi riscuotono scarso successo, generalmente alla luce dei modesti risultati estetici ottenuti.

Concludendo questo capitolo vorremmo dare alcuni suggerimenti di tipo generale. Prima di sottoporsi a una procedura chirurgica di questo tipo è necessario avere ben chiaro che, per ottenere un buon risultato che duri nel tempo, occorre arrivare al giorno dell'intervento con un peso stabile. Il motivo è già stato spiegato parlando delle cause della ptosi. Successive variazioni di peso rischieranno di alterare quel rapporto fra contenuto e contenitore ripristinato grazie alla chirurgia.

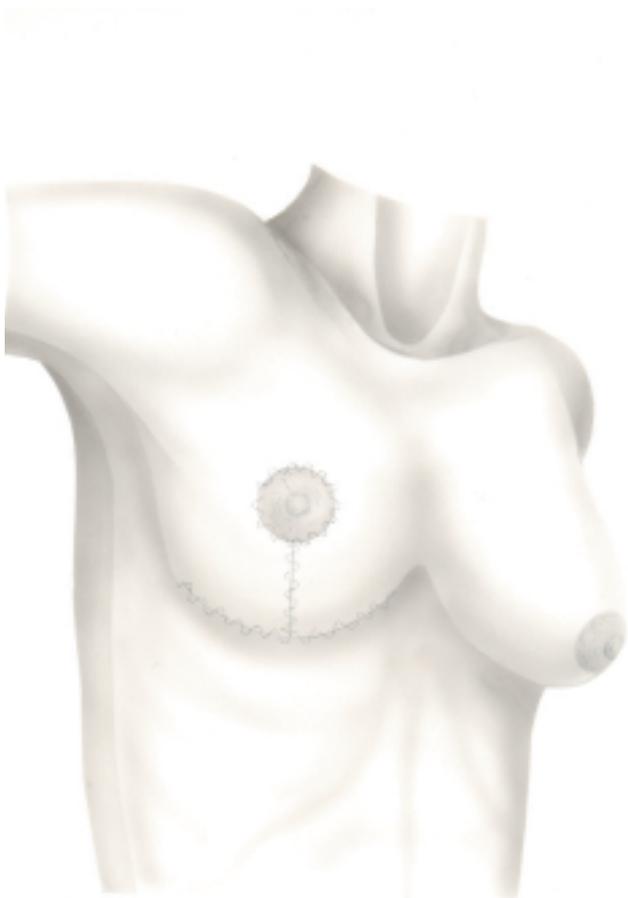
Occorre anche ricordare che è bene sottoporsi all'intervento

UN SENO SENSATO

solo se non esiste a breve termine un progetto di una gravidanza.

6

*Disegno 6:*



UN SENO SENSATO

## **Daniela**

C'è chi si porta un peso addosso per anni e quando matura la consapevolezza di non riuscire più a sopportarlo, s'accorge dell'impossibilità di convivere anche solo per qualche giorno. Daniela, una donna sulla cinquantina, era arrivata a questo punto. Ci chiamò al telefono chiedendoci di poterla incontrare al più presto possibile. Il suo tono di voce non era molto rassicurante, perciò accettammo. Poiché eravamo vicini al periodo natalizio e in quei giorni c'è una naturale flessione nelle operazioni (per evitare che i pazienti trascorran le feste con il fastidio delle medicazioni), a fine giornata avevamo un buco e le chiedemmo se le poteva andare bene. «Perfetto. Sarò puntualissima», fu la risposta.

Mantenne la parola e alle diciotto in punto varcò la soglia dello studio. Daniela era una tipica donna mediterranea: carnagione scura, capelli neri e ricci, non troppo alta, dietro gli occhiali spessi da miope due occhi marrone scuro. Inoltre era lievemente sovrappeso e gran parte dell'adipe era accumulato nella zona dell'addome.

«Vorrei spiegarvi il mio problema - esordì - ventisette anni fa mi sono sottoposta a una mastoplastica additiva. Da quando mi sono risvegliata dopo l'intervento mi sono sempre chiesta perché lo avessi voluto fare. Quello fu il mio primo giorno di depressione. Da quel momento la mia vita è stata grigia e difficile». Eravamo sbalorditi dalle sue rivelazioni, Daniela ci stava confessando che quell'operazione anziché darle più sicurezza, aveva complicato la sua vita. Aveva impiegato quasi trent'anni prima di rendersi conto che il suo equilibrio psicologico sarebbe tornato come tanto tempo fa soltanto se avesse tolto le protesi.

Il suo seno al tatto era molto duro, sintomo di una contrattura capsulare formatasi dopo l'inserimento degli impianti. Non sarebbe stato facile rimuoverli. Probabilmente la cicatrice sarebbe stata a T rovesciata, ossia la combinazione di quella periareolare (nascosta dalla differenza di pigmentazione della pelle), verticale (l'unica che sarebbe rimasta più

## UN SENO SENSATO

visibile rispetto alle altre) e orizzontale (nascosta dal solco sottomammario).

«Non mi importa quanto impiegherete nel levarle - disse Daniela - basta che succeda al più presto possibile, io non ce la faccio più e soprattutto non mi importa delle cicatrici. Vivendo queste protesi come qualcosa di estraneo rispetto all'insieme del mio corpo non credo che mi farò dei problemi se rimarrà qualche segno, alla mia età poi...». Le consigliamo di trascorrere il Natale in famiglia, cercando di stare vicino ai propri cari, di distrarsi il più possibile e di proiettare i pensieri sul fatto che la sua sofferenza sarebbe stata alleviata in pochi giorni. Non avremmo potuto aspettare più a lungo: lo stato d'animo di Daniela era talmente compromesso da farci temere per la sua salute psichica. Il 28 dicembre l'avremmo operata. «Spero di resistere - rispose con un lieve sorriso - sono divorziata, ma non resterò da sola: andrò a casa di mio figlio in questi giorni, sono nonna da poco, può darsi che riesca a svagarmi un po'». Le suggerimmo anche di farsi accompagnare da suo figlio, ma scosse la testa: «No, non voglio coinvolgerlo in una questione che è soltanto mia». In quel frangente mostrò una fermezza non comune.

Il giorno dell'intervento si presentò da sola. Il suo viso era già più disteso, anche se ci confidò che era stato difficile affrontare quegli ultimi giorni: «Quando sono a casa dal lavoro ho meno cose a cui pensare e quindi mi torna in mente troppo spesso la mia situazione». Daniela insegnava italiano in un istituto superiore, le vacanze natalizie in questo caso erano capitate al momento giusto.

L'operazione non fu per nulla facile. La ghiandola mammaria era ormai calcificata, impiegammo molto a eliminare le protesi e il grasso in eccesso. Vista la complessità dell'intervento l'avremmo tenuta in osservazione due giorni.

Quando si svegliò ci disse: «Sapete che mi sembra di essere già un'altra persona? Anche se sono ancora sotto sedativi lo sento che non ci sono più le protesi». I drenaggi raccolsero parecchio sangue, evitando la formazione di ematomi sulla

UN SENO SENSATO

pelle.

Dopo qualche giorno rimuovemmo la medicazione e Daniela poté vedere per la prima volta il proprio seno. La sua reazione ce la ricorderemo per molto tempo: prima un sorriso finalmente aperto, poi un pianto liberatorio che attendeva da troppi anni di sgorgare e infine ancora un largo sorriso.

La situazione delle mammelle era ancora in divenire. A distanza di una settimana levammo i punti. Il reggiseno compressivo manteneva la zona operata sempre nella giusta posizione e al riparo da movimenti troppo bruschi. Il decorso delle cicatrici procedette senza complicazioni, prima arrossate, poi a poco a poco schiarite. In seguito l'unica difficoltà fu trovare un momento libero tra i suoi numerosi impegni per prendere appuntamento. Infatti dopo essersi tolta quel peso, aveva ricominciato a vivere davvero, impegnandosi in molte attività pomeridiane sempre relative all'ambito scolastico. Meglio così che com'era prima. La sua depressione era definitivamente scomparsa.

## Natasha

Un pomeriggio ricevemmo la chiamata di un uomo piuttosto preoccupato, ci spiegò che la moglie aveva dei dolori al seno, probabilmente dovuti alle protesi. Erano andati al pronto soccorso, ma non si erano fidati del parere del medico, che aveva cercato di tranquillizzarli. Accettammo di vederla il giorno dopo. La donna, era indubbiamente straniera: pelle di porcellana e guance arrossate, occhi chiarissimi e capelli di un biondo che nessuna tinta può riprodurre. Una bellezza semplice, ma da lasciare senza fiato. L'uomo, che si chiamava Luigi, ci parve invece italiano a tutti gli effetti: altezza e corporatura nella norma, un principio di calvizie e parecchia peluria sulle parti del corpo esposte. Ci presentò la compagna: «Questa è mia moglie Natasha», disse visibilmente fiero. Natasha parlava un discreto italiano. Ci raccontò che aveva conosciuto Luigi via Internet: lei e una sua amica si divertivano a fare nuove conoscenze in chat e più passava il tempo

## UN SENO SENSATO

più tra la giovane e Luigi cresceva l'intesa. Ci fu prima uno scambio di fotografie, poi il primo incontro a Mosca, con l'uomo che rinunciò volentieri alle vacanze al mare per andarla a conoscere. In pochi mesi avevano organizzato il matrimonio. «Io sono stata fortunata - ci disse Natasha - la mia amica non tanto: si è sposata con un inglese che la picchia un giorno sì e uno pure. È la sua quinta moglie».

Dal matrimonio tra Luigi e Natasha era nata una splendida bambina: ce la mostrarono in fotografia, assomigliava molto alla mamma, anche se i capelli e gli occhi erano più scuri.

Quando venne il momento di spogliarsi per la visita, Natasha guardò preoccupata il marito. Luigi ci avvisò: «Ecco...non spaventatevi se notate delle cicatrici, so che voi medici ne vedete di tutti i colori, ma magari non vi aspettate una cosa del genere...». Riuscimmo a comprendere la loro apprensione solo quando vedemmo il busto di Natasha: aveva dei brutti segni sulla schiena, sul torace e sul seno sinistro. La donna anticipò la nostra domanda spiegando subito: «Sono cicatrici da arma da fuoco, ho ancora un proiettile dentro, ma i medici hanno deciso che è meglio tenerlo lì perché sarebbe troppo difficile da estrarre. Dieci anni fa mi operai al seno proprio per nascondere meglio questa cicatrice. Avevo soltanto vent'anni». Notammo che le era venuta la pelle d'oca, benché nello studio ci fossero venticinque gradi. Trattandosi di un argomento così delicato, non indagammo sulle cause di quell'aggressione e lei non ci disse nulla di più. Le mammelle avevano una forma strana e innaturale, probabilmente le protesi usate non erano tonde e ruotando avevano causato questo inestetismo. Comunque tranquillizzammo entrambi, non ci sarebbe stata urgenza di operare.

Dopo tutti i passaggi necessari prima di ogni intervento, venne il giorno di Natasha. Anche questa volta era accompagnata dal marito, che ci sembrò eccessivamente ansioso. La situazione interna al seno della paziente era piuttosto preoccupante: non avevamo mai visto delle protesi del genere: il gel era fuoriuscito, mescolandosi con i tessuti circostanti. Fu necessario pulire completamente tutta la zona.

## UN SENO SENSATO

Eliminammo anche una piccola porzione di pelle in eccesso per riportare il complesso areola-capezzolo all'altezza ideale. Quando portammo Natasha nella sua stanza, Luigi cercò subito di capire dai nostri sguardi se tutto fosse andato bene; glielo confermammo, facendogli tirare un sospiro di sollievo. «Ne ha passate talmente tante - ci disse - che spero abbia saldato finalmente i suoi conti con la sorte».

Quando l'effetto dell'anestesia terminò, Natasha cercò subito la mano di Luigi, che era seduto accanto a lei. «Sono davvero felice - sussurrò - perché ho un marito come lui, l'unico rammarico è di non averlo conosciuto prima... avrei avuto una vita più semplice». Scoprimmo così che Luigi era il secondo marito; la prima volta Natasha si era sposata appena diciannovenne. Immaginammo che proprio il precedente matrimonio fosse stato la causa indiretta dei suoi guai. Il giorno dopo venne a farle visita in Montallegro anche la figlia. Dal vivo la bambina, che aveva quattro anni, era ancora più bella. A volte si rivolgeva al papà in italiano, altre volte in russo, da perfetta bilingue. Luigi ci spiegò che all'asilo la piccola aveva dei problemi a comunicare con gli altri bambini perché ovviamente, quando si esprimeva in russo, non riusciva a farsi capire.

Il fisico di Natasha aveva reagito bene. Eravamo riusciti a scongiurare i possibili rischi di infezione e le cicatrici, presenti solo nella zona areolare, stavano già scomparendo. Dopo quello che aveva subito dieci anni prima, questo intervento le sembrò una sciocchezza.

Fu talmente soddisfatta che ci chiese di rioperarla per inserire delle nuove protesi, questa volta garantite e sicure, in vista della stagione balneare.

---

**Patrizia**

Spesso si critica la sanità in Italia con l'idea che all'estero medici, cure e ospedali siano migliori rispetto al nostro paese; Patrizia ha fatto invece il percorso inverso. Ci telefonarono i suoi genitori, chiedendoci se avessimo spazio per un

## UN SENO SENSATO

appuntamento nell'arco massimo di due giorni, perché la loro figlia sarebbe tornata dall'Inghilterra proprio in quel periodo di tempo. Per noi non c'erano problemi, così fissammo la visita nell'ora in cui a lei sarebbe andato meglio.

Quando entrò nello studio notammo subito le dimensioni del suo seno, indubbiamente oltre la quinta misura. Il suo aspetto era molto collegato a questo problema: le spalle erano curve e la schiena un po' ingobbata. Il resto del corpo non era grasso, solo lievemente sovrappeso come spesso capita a una persona di quarantatré anni, che probabilmente trascorre seduta in ufficio la maggior parte della giornata e non ha certo il tempo di fare esercizio fisico, perché ha anche una casa da portare avanti.

Era vestita con un elegante tailleur nero, colore che snellisce, aveva i capelli tagliati corti e ai lati del viso spiccavano due vistosi orecchini con brillanti e smeraldi. Sembrava una perfetta donna-manager.

Patrizia ci illustrò il suo problema: «Prima di rimanere incinta, il mio seno era prosperoso, una bella quarta misura, ma durante la gravidanza ha cominciato a ingrandirsi, non vi dico poi con la montata latte. Pensavo che, al termine dell'allattamento sarebbe tornato più o meno come prima, ma non è stato così. Adesso mio figlio ha otto anni, ho avuto sin troppa pazienza ad aspettare...».

Quando si spogliò, ci fece notare i segni che le spalline del reggiseno le lasciavano vicino al collo: due solchi in cui la pelle era anche arrossata e rovinata. Era l'effetto più evidente a occhio nudo, ma poi aggiunse: «Non è solo questo ovviamente che mi dà fastidio, ma anche il male alla schiena che devo sopportare ogni giorno. Mi sembra di avere uno zaino perenne da portare qui davanti». Aveva ragione, il suo era un caso di ipertrofia ghiandolare, con una ptosi molto avanzata nella scala di classificazione: l'areola e il capezzolo erano rivolti completamente verso il basso e appoggiavano ormai sullo stomaco.

Le spiegammo come avevamo intenzione di intervenire. Avremmo eliminato parecchia ghiandola e il grasso in ecces-

## UN SENO SENSATO

so, riducendo anche la cute avremmo riportato il capezzolo all'altezza ideale dalla clavicola. La cicatrice sarebbe stata importante, a T rovesciata, ma non avremmo potuto fare altrimenti, vista la quantità di materia da asportare. «Va bene, non mi spaventa una cicatrice, l'importante è che mi togliate questo peso». La sua risposta si inseriva in quelle tipiche, date dalle donne con un seno abbondante. Questo tipo di pazienti è in genere il più motivato perché, oltre a offrire un aiuto dal punto di vista estetico, la mastoplastica riduttiva contribuisce ad alleviare problemi di salute e di funzionalità quotidiana; quindi rispetto a tutto questo la cicatrice è vista come un piccolo ricordo di un'operazione tanto desiderata.

Fissammo l'intervento per il mese successivo, visto che Patrizia non avrebbe potuto muoversi prima dall'Inghilterra. Mentre decidevano la data, le chiedemmo come mai aveva deciso di venire in Italia a operarsi, dato che in Inghilterra sicuramente esistono dei chirurghi plastici qualificati. La sua risposta ci sorprese: «A Londra sono andata in giro per cliniche, ma non ho trovato nessuno che mi ispirasse un po' di fiducia: ho visto così poca professionalità rispetto a quello che mi ricordavo dell'Italia... così ho telefonato ai miei genitori e ho chiesto loro se conoscevano qualche specialista in chirurgia estetica qui a Genova e loro, dopo qualche telefonata, mi hanno suggerito voi. Vi assicuro che non sono una nostalgica dell'Italia, in Inghilterra mi trovo benissimo, mi sono trasferita là da quindici anni ormai, faccio un lavoro di responsabilità in una grande azienda e sono perfettamente integrata, forse perché il carattere britannico è più simile al mio. Ma in questo frangente ho potuto constatare che è molto meglio l'Italia».

Non sapevamo come replicare, ma la donna ruppe il silenzio: «Siete rimasti senza parole vero? Perché spesso in Italia non ci si rende conto della qualità del lavoro che si fa».

Ci chiamò poco prima di partire dall'aeroporto di Londra per sapere se confermavamo la data dell'intervento. Ci disse di aver preso dieci giorni di ferie, giusto il tempo di levarle i

## UN SENO SENSATO

punti prima che tornasse in Inghilterra.

Quando venne la data dell'operazione, si presentò a Villa Montallegro accompagnata dai genitori e dal figlio. L'intervento risultò lungo a causa dell'elevata quantità di grasso e pelle da asportare.

Patrizia fu molto scrupolosa nel comunicarci ogni sensazione durante i dieci giorni successivi. Il giorno prima del suo ritorno in Inghilterra le togliemmo i punti. Non ci sarebbero stati problemi per il viaggio, la cicatrice si stava stabilizzando. Ci accordammo per un rapporto telematico, ci promise che avrebbe inviato le fotografie del suo seno via Internet, in modo da farci seguire l'evoluzione della zona operata.

Ogni quattro-cinque giorni ricevevamo una sua e-mail con foto scattate da ogni lato, per consentirci di avere un quadro completo della situazione. Il seno si stava sgonfiando e l'areola e il capezzolo avevano raggiunto la posizione definitiva. Anche le cicatrici da rosse ed evidenti cominciavano a schiarire, frutto anche delle applicazioni della pomata che le avevamo consigliato.

Il mese dopo, Patrizia tornò in Italia per un week-end e ci venne a trovare. Ormai tutto era sistemato. Con orgoglio ci mostrò le spalle: i segni del reggiseno erano praticamente spariti. «Mi sono iscritta a una palestra - ci raccontò - comincerò tra un paio di settimane. Voglio sistemare con lo stretching la mia povera colonna vertebrale ed eliminare i dolori alla schiena dovuti a quel dannato peso».

Eravamo davvero contenti per lei. Ogni tanto riceviamo qualche sua e-mail, ma al posto delle fotografie del suo seno ci spedisce delle splendide immagini dalla capitale britannica.

---

### **Chiara**

Un seno grande e cadente era anche il problema di Chiara, che la prima volta si fece accompagnare dal marito Roberto. Chiara aveva quarantacinque anni, ma ne dimostrava sei o sette in meno: sul suo viso non erano ancora comparse le

## UN SENO SENSATO

tipiche rughe d'espressione. I suoi capelli, castani naturali e non ancora ingrigniti, erano fluenti e luminosi, come quelli della pubblicità degli shampoo. Era madre di due ragazze, avute da Roberto, il suo primo e unico amore.

«Sono sempre stata una sostenitrice delle cose naturali, quindi ho sempre pensato che la chirurgia estetica non “mi avrebbe mai avuto”; ma quando il medico mi ha detto che per tutelare la mia salute e la mia vecchiaia mi consigliava di ridurre il mio seno ho pensato che non bisogna mai essere troppo convinti che una cosa non possa mai succederti». La percepiamo diffidente sin dall'inizio, mentre Roberto ci apparve subito più cordiale e ben disposto.

Cercammo di spiegarle che quasi sempre la chirurgia estetica non è fine a se stessa, ma serve per risolvere problemi psicologici e fisici. È davvero raro che qualcuno si rivolga a noi solo per un capriccio. Quando si decide di cambiare è perché non si è in armonia con il proprio corpo o con la propria mente.

Chiara, spiazzata dalla nostra risposta, cominciò a riconsiderare il proprio approccio e si scusò: «Sapete, quando si ha una sorella come la mia che vuole la perfezione fisica, si comincia a detestare tutto ciò che ha a che fare con l'estetica e la mercificazione del corpo, ma vedo che non è questo il caso». Ci domandammo chi fosse questa fantomatica sorella, ignorando che di lì a poco non solo l'avremmo incontrata, ma sarebbe diventata anche nostra paziente (vedere il caso di Sara nella sezione mastoplastica additiva).

Chiara ci raccontò il proprio problema: «Sono sempre stata una donna attiva, ho un negozio di abbigliamento tutto mio in cui lavoro e purtroppo, soprattutto negli ultimi tempi, ho cominciato a soffrire di dolori alle spalle e alla zona lombare della schiena. Quando sono andata dal medico non avrei mai immaginato la sua diagnosi: tutto derivava dall'eccessivo peso del mio seno».

«Quando era una ragazzina - intervenne Roberto - era molto invidiata dalle sue compagne di scuola e ammirata dai compagni per quanto fosse florida sul davanti».

## UN SENO SENSATO

«Ma che dici? - rispose arrossendo Chiara - io non mi sono mai accorta di nulla...».

«Perché tu sei sempre stata un po' ingenua in questo campo, mentre io, che all'epoca ero già il tuo ragazzo, tenevo gli occhi ben aperti», ribatté lui.

«Comunque - proseguì Roberto - se vi può interessare il mio punto di vista, sappiate che il seno di Chiara si è ingrossato molto dopo la seconda gravidanza».

Chiara aveva preso quindici chili quando aspettava la seconda figlia. Dopo il parto era riuscita a dimagrire un po', ma non quanto sarebbe stato necessario per metterla al riparo dai problemi di salute.

Le mostrammo qualche foto-campione per farle vedere quali risultati avremmo potuto ottenere e lei sembrò molto soddisfatta. Anche Roberto mostrò di apprezzare la possibilità di avere a che fare con un seno certamente più piccolo, ma molto più sodo.

Durante l'ultima visita preoperatoria facemmo la conoscenza di Sara, la "temuta" sorella minore di Chiara. In effetti Sara era un vero e proprio vulcano, totalmente diversa per carattere e modo di porsi.

Sara continuava a criticare la scelta di Chiara di farsi ridurre il seno, ignorando tutte le spiegazioni sui benefici che avrebbe avuto. Quando Sara uscì dalla studio, sua sorella si scusò per l'atteggiamento spavaldo e quasi irrispettoso che aveva avuto nei confronti del nostro lavoro: «Io ci sono abituata - si giustificò - ma davanti a degli sconosciuti, per di più professionisti come voi, ha fatto davvero una pessima figura». Le dicemmo di non preoccuparsi: una personalità tanto esuberante non costituiva una novità per noi.

Il giorno dell'intervento Roberto fu chiamato urgentemente al lavoro per un problema e così fu proprio Sara ad attendere Chiara dopo l'operazione.

Quando, dopo l'intervento, entrammo nella stanza di Chiara fummo quasi travolti da Sara che stava uscendo di corsa. «Sta andando a comprare delle riviste - ci spiegò Chiara - ha deciso che, se io mi sono fatta ridurre il seno, lei se lo farà

## UN SENO SENSATO

ingrandire...».

Le cicatrici di Chiara impiegarono più del solito a guarire e anche la sensibilità della zona operata ritornò dopo un tempo superiore alla media, ma, poiché le avevamo spiegato che questi ritardi sono dovuti alla diversa reazione dell'organismo all'operazione, la paziente non si lamentò, né si spaventò.

Così, quando Chiara ormai era quasi guarita, fu Sara a entrare in sala operatoria.

UN SENO SENSATO

Parte III  
**LA MASTOPLASTICA RICOSTRUTTIVA**

UN SENO SENSATO

## La ricostruzione della mammella

Il carcinoma mammario è una delle neoplasie con maggiore incidenza nella popolazione femminile.

L'insorgenza della malattia è favorita da una serie di fattori predisponenti: l'ereditarietà, un menarca precoce, l'assenza di gravidanze, una menopausa tardiva. L'allattamento viene invece considerato protettivo nei confronti del carcinoma mammario in quanto stimola le cellule ghiandolari a differenziarsi in elementi maturi in grado di produrre latte. Anche alcune abitudini di vita, quali il consumo eccessivo di cibi ricchi di grassi, il fumo e l'abuso di alcolici, vengono chiamate in causa come fattori di rischio elevato. La correlazione fra assunzione di cibi grassi e carcinoma mammario sembrerebbe legata a uno sviluppo nella produzione di estrogeni, direttamente correlati con l'incremento di rischio. Gli estrogeni svolgono infatti un ruolo di stimolatori della proliferazione (cioè dell'aumento del numero) delle cellule mammarie. Esistono inoltre fattori ben più radicati, quali la presenza di una predisposizione genetica legata all'alterazione di alcuni geni per così dire "protettori". Solitamente questi soggetti presentano un'insorgenza precoce della malattia rispetto alla popolazione generale.

Il carcinoma mammario ha un massimo di incidenza fra i 45 e i 60 anni. Rari sono invece i casi a insorgenza giovanile e, in questa situazione, sono spesso correlati con il mutamento di alcuni geni.

La prevenzione rappresenta la prima arma a disposizione nei confronti del carcinoma della mammella: una diagnosi precoce permette una pronta terapia, una migliore prognosi e, nella maggior parte dei casi, porta a una completa guarigione.

Le armi oggi in nostro possesso per la prevenzione sono rappresentate innanzi tutto dalla mammografia, per le donne di età superiore di 40 anni, e dall'ecografia. La mammografia in mammelle poco "dense", ossia più mature, è in grado di

## UN SENO SENSATO

individuare alterazioni caratteristiche di carcinomi in fase estremamente precoce. Nelle pazienti più giovani, che presentano mammelle con prevalente componente ghiandolare, la mammografia non riesce invece a ottenere una sufficiente precisione: eventuali alterazioni della struttura ghiandolare verrebbero camuffate dalla ghiandola circostante.

Per questo motivo nelle giovani, oltre all'autopalpazione, viene consigliata una visita senologica periodica, così come alle donne che hanno superato i 40 anni viene consigliata l'effettuazione di una mammografia di controllo a scadenza regolare.

Il trattamento chirurgico dei carcinomi in fase precoce prevede l'asportazione del nodulo, limitando gli esiti estetici.

In caso di carcinomi di dimensioni maggiori, il trattamento di routine è rappresentato dalla mastectomia, sottocutanea per le forme più precoci, totale per quelle più avanzate. In entrambi i casi esiste la possibilità di effettuare successivamente la ricostruzione della mammella.

La ricostruzione mammaria può essere immediata, nel caso in cui si proceda nello stesso tempo operatorio della mastectomia, oppure differita, qualora si decida di effettuare l'intervento in un secondo momento.

Nel primo caso esiste un grosso vantaggio, soprattutto dal punto di vista psicologico, per la paziente che non subisce il trauma di scoprirsi senza una mammella al risveglio dopo l'intervento.

Esistono diverse opzioni terapeutiche per ricostruire il seno. Comunemente si distinguono una soluzione con protesi e una cosiddetta ricostruzione con tessuti autologhi.

La prima prevede generalmente un approccio in due tempi. La prima fase, contemporanea alla mastectomia, consiste nell'inserimento di un espansore mammario che svolge la funzione di dilatare i tessuti, la cute principalmente, poiché parte di questa è stata asportata con la mastectomia. Nei mesi successivi, iniettando soluzione fisiologica (acqua sterile), l'impianto viene "gonfiato" gradualmente proprio per permettere alla cute di prepararsi alla nuova protesi.

## UN SENO SENSATO

L'espansore viene posizionato sotto il muscolo grande pettorale, che deve necessariamente essere integro (cioè risparmiato dall'intervento). (*Disegno 7*)

Ottenuto il volume desiderato, l'impianto viene successivamente sostituito con una protesi definitiva. (*Disegno 8*)

Le protesi utilizzate a scopo ricostruttivo sono identiche a quelle comunemente utilizzate a fini estetici (vedi capitolo sulla mastoplastica additiva).

L'espansore è invece un impianto formato da un guscio esterno di silicone, all'interno del quale è presente una "camera" dove posizionare la soluzione fisiologica (acqua sterile) che viene inserita attraverso una valvola, posta immediatamente sotto la cute, in comunicazione con la camera interna.

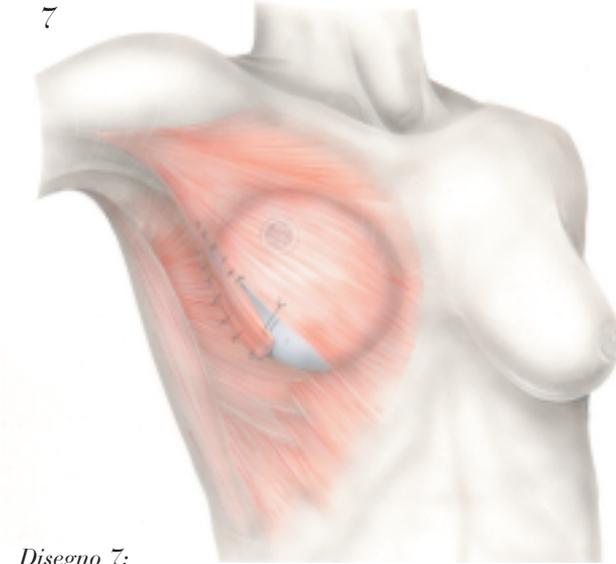
Questo tipo di approccio rappresenta generalmente la prima scelta nel caso in cui le condizioni lo permettano. Si è già accennato all'impossibilità di inserire l'espansore in assenza del pettorale. L'altra principale controindicazione alla ricostruzione con protesi è rappresentata dalla scarsità di tessuto di copertura, soprattutto cute, generalmente come conseguenza della radioterapia. Questo non significa che tutte le donne sottoposte a radioterapia non possano ottenere la ricostruzione della mammella tramite protesi. Si dovrà decidere di volta in volta sulla base degli esiti derivati dal trattamento radioterapico.

In alternativa la mammella può essere ricostruita con tessuti autologhi, ovvero appartenenti allo stesso soggetto. Primo fra tutti viene utilizzato il lembo muscolo-cutaneo del retto dell'addome.

L'intervento consiste nel prelevare dalla parete addominale la porzione di cute e grasso che va dall'ombelico al pube (l'area cutanea coincide sostanzialmente con quella rimossa durante l'intervento di addominoplastica). Cute e grasso di quest'area del corpo vengono lasciati attaccati a uno dei due muscoli retti addominali, quelli, cioè, che decorrono verticalmente dall'arcata costale al pube; il muscolo viene poi sollevato e ribaltato, fatto passare in un piano profondo al sottocute per portarlo fino alla zona mammaria da ricostruire.

UN SENO SENSATO

7



*Disegno 7:*

8

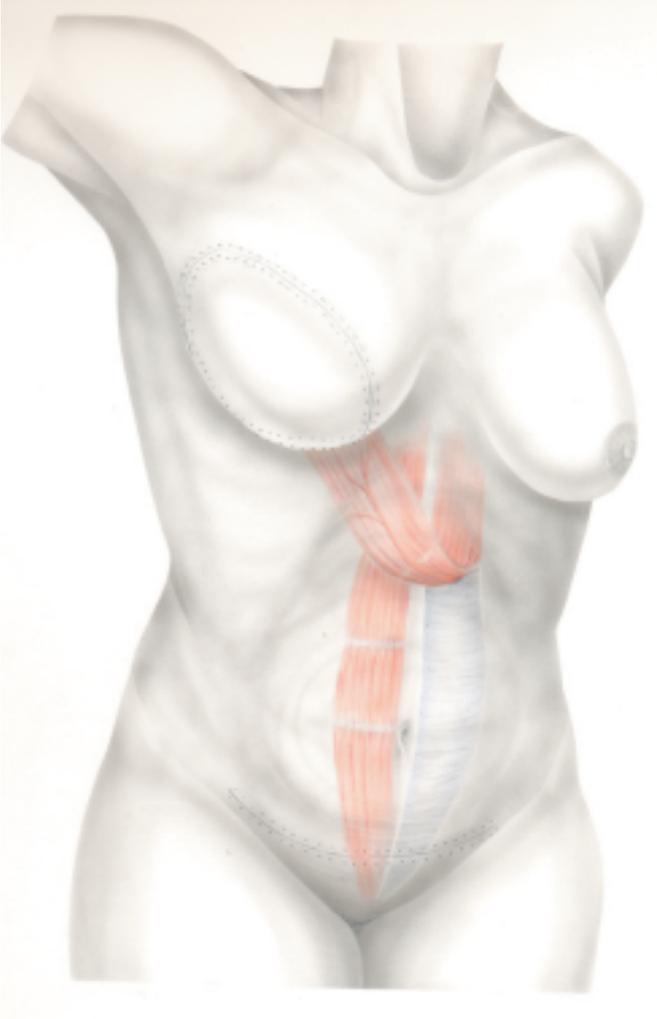
*Disegno 8:*



1

UN SENO SENSATO

9



*Disegno 9:*

## UN SENO SENSATO

Gli esiti estetici sono rappresentati da una cicatrice trasversale sovrapubica e una attorno all'ombelico, come per l'addominoplastica. (*Disegno 9*).

La guarigione risulta più lenta rispetto all'addominoplastica, poiché è necessario ripristinare la struttura della parete addominale indebolita dalla rimozione di uno dei due muscoli.

Il risultato estetico di questo intervento è estremamente naturale, dato che la nuova mammella è costituita in prevalenza da tessuto adiposo. Di contro, l'intervento richiede il sacrificio di un muscolo della parete e lascia un certo grado di alterazione della stabilità della colonna lombare e degli equilibri di postura.

La procedura chirurgica che prevede l'impiego del retto addominale risulta perciò molto valida, ma solo nei casi in cui non sia indicato l'utilizzo di protesi, oppure quando la paziente ha una storia di precedente fallimento nella ricostruzione con protesi.

La ricostruzione mammaria dovrebbe oggi rappresentare uno standard terapeutico per tutte le pazienti sottoposte a mastectomia. A volte, fortunatamente sempre meno, questo non accade o perché i centri nei quali le pazienti vengono sottoposte a mastectomia non possono contare sul supporto di un chirurgo plastico, oppure per l'ingiustificato timore da parte di alcune pazienti che la ricostruzione possa ridurre l'effetto di un'eventuale radioterapia e/o chemioterapia. La ricostruzione è innanzitutto un atto doveroso e oggi non si può consentire che false prevenzioni privino una donna della possibilità di ritrovare la propria femminilità.

Che si scelga una o l'altra opzione, generalmente l'iter prevede anche la ricostruzione del complesso areola capezzolo. Esistono diverse tecniche utilizzate in ciascuno dei due interventi: dal prelievo dal capezzolo controlaterale, all'utilizzo della cute locale o dall'innesto di cute prelevata dall'inguine, sino al tatuaggio per la ricostruzione dell'areola.

UN SENO SENSATO

## **Elisabetta**

Purtroppo ci capitano dei casi in cui a essere in pericolo non è soltanto l'equilibrio fisico e psichico, ma la vita stessa della paziente. Si tratta dei casi di mastoplastica ricostruttiva, in cui dobbiamo lavorare su un seno rimosso a causa dello stato avanzato del tumore. Proprio da questa tecnica è derivata poi la mastoplastica additiva.

Normalmente sono interventi che vengono eseguiti nelle strutture pubbliche (si tratta di prestazioni di chirurgia plastica che possono essere coperte dal Servizio sanitario nazionale), ma se qualche paziente preferisce fare riferimento a una casa di cura, noi possiamo accontentarla.

Il primo incontro con le pazienti di questo tipo è piuttosto drammatico, perché avviene a pochi giorni da quando hanno saputo che dovranno perdere un seno. In questi casi parlare di estetica con loro è fuori luogo, perché, ovviamente, sono tutte concentrate sulla malattia. Soltanto dalle sedute successive, quando si considereranno fuori pericolo di vita, cominceranno a preoccuparsi anche di come sarà il risultato finale della ricostruzione.

Questo però non è stato il caso di Elisabetta, perché è entrata nel nostro studio ben dieci anni dopo aver subito la mastectomia.

La accompagnava il marito Sergio, un uomo di cinquantacinque anni, molto robusto e dalle mani grandi come badili. Lei che di anni, all'epoca, ne aveva quarantasette, si presentava con un aspetto curato: un velo di trucco, abiti sobri ed eleganti – giacca e pantaloni di misto lana – i capelli sale e pepe ordinati e tagliati corti. Sergio era più disordinato nel vestire, con la camicia fuori dai jeans e la barba di due giorni. «Sono venuta da voi – comincio a raccontare Elisabetta – perché sono stufo di nascondermi. Da dieci anni non vado più in spiaggia o in piscina e non mi posso nemmeno permettere un vestito un po' scollato. Non posso continuare a vivere così, già che mi è stata concessa la possibilità di proseguire il mio percorso qui sulla terra, tanto per usare un

eufemismo...». Parlava con il cuore in mano, soppesava ogni parola, mentre Sergio continuava ad annuire. «Ho come rielaborato il lutto – proseguì Elisabetta – si dice così? Mi sento pronta per tornare in gioco, non voglio più tirarmi indietro». Mostriamo tutta la nostra approvazione di fronte al suo atteggiamento. «Vi devo spiegare perché all'epoca non avevo fatto nulla – spiegò Elisabetta – il tessuto era stato danneggiato dalle ripetute sedute di radioterapia e mi avevano sconsigliato una ricostruttiva con la protesi, perciò mi avevano proposto di usare il muscolo preso dall'addome per riempire il vuoto del seno, ma io non volevo altre cicatrici». Alla parola radioterapia, Sergio chiuse gli occhi e li riaprì solo dopo qualche secondo, guardando fuori dalla finestra. Le spiegammo come avremmo potuto agire e com'era ormai la norma in questi casi: inizialmente avremmo inserito un espansore sotto al muscolo pettorale: con il passare del tempo avremmo agito sulla valvolina che lo avrebbe fatto ingrandire, in modo da raggiungere la medesima grandezza dell'altro seno. Quando il volume fosse stato simile, avremmo tolto l'espansore e inserito la protesi. Naturalmente il nostro staff avrebbe consultato un oncologo per seguire tutto l'iter fino al risultato finale. Sembrò convinta, anche se impiegò parecchio a decidersi. In casi come questo, la paura di ricadere in un calvario, come quello già vissuto, non abbandona mai le pazienti.

Quando arrivò per sottoporsi al primo intervento le tremavano le mani. Sergio non la lasciò un momento, salvo quando la portammo in sala operatoria.

Il risultato finale fu soddisfacente, restava soltanto un dettaglio importante: l'areola e il capezzolo dovevano essere ridisegnati. Le consigliamo una tatuatrice di fiducia, che avrebbe dato il giusto colore, comprese le sfumature, alla zona. Il capezzolo lo trapiantammo prendendo una piccola parte dell'altro, visto che era di natura piuttosto grande. Dopo tanta paura Elisabetta poté sorridere più serenamente quando si guardò allo specchio. Anche Sergio sembrava aver visto finalmente una bella alba dopo una notte durata dieci anni.

UN SENO SENSATO

## Rossella

Rossella conobbe anni fa un medico del nostro staff e gli rimase affezionata. Lo cercò in una fase purtroppo terribile della propria vita: le avevano diagnosticato un tumore a una mammella, mentre – le avevano detto – anche l'altra aveva un altissimo rischio di svilupparlo. Ce lo disse al telefono, con voce chiara e decisa, tirata fuori con chissà quale forza d'animo. Fissammo subito un appuntamento per incontrarla insieme al suo oncologo.

Il nostro collega ce la descrisse come una signora di cinquant'anni allegra e piena di vita, una bella donna a cui piaceva mostrarsi, a volte anche un po' civetta. Una donna che non riusciva a capacitarsi di quello che la vita aveva riservato a lei, che si diletta a scrivere poesie proprio sulla bellezza di vivere. Arrivò insieme allo specialista, vestita come per una serata a teatro: un abito di seta lungo e un soprabito. I capelli erano freschi di piega dal parrucchiere, il trucco impeccabile. Accennammo un baciamento. «Tropo buoni miei cari» ci disse, ma in realtà aveva gradito molto il nostro gesto. «Forse penserete che sono una vecchia uscita di senno da quando ho avuto la ferale notizia – disse fissando ognuno di noi – beh, non avete tutti i torti. Non è facile reagire quando si scopre che ciò che ha determinato per anni la tua femminilità, ti ha invece colpito a tradimento. Poi ti viene in mente che altre tue due amiche sono morte a causa di questo male terribile e allora a cosa puoi appigliarti se non alla follia?». Intervenne l'oncologo per spiegarci che aveva deciso di asportare entrambe le mammelle: una perché aveva già sviluppato troppe cellule tumorali, l'altra a titolo di prevenzione, avendo evidenziato un rischio molto alto di comportarsi nello stesso modo.

L'operazione si sarebbe svolta entro una settimana, non sarebbero state necessarie sedute di radioterapia, quindi avremmo potuto intervenire a poca distanza dalla mastectomia.

Quando venne il momento di operarla, Rossella si fece

## UN VOLTO SVELATO

accompagnare da un'amica, a cui aveva affidato dei quadri che aveva dipinto poco prima dell'asportazione del seno. Erano destinati, come regalo, a ognuno di noi. Il peggio era passato. L'intervento, anche se traumatico, aveva ottenuto il fondamentale risultato di salvarle la vita, quindi la paziente avrebbe potuto consolarsi almeno decidendo di quali dimensioni avrebbe voluto il seno.

Gli espansori svolsero il loro compito e una seconda misura abbondante comparve sul petto di Rossella, che ritrovò il sorriso e l'ispirazione per nuove poesie, che ci declamava a ogni seduta. Una volta inserite le protesi definitive, ricostruimmo i capezzoli prendendo un lembo di pelle da un'altra zona del corpo. Un tatuaggio avrebbe ridato la giusta tonalità di colore ridisegnando l'areola.

Rossella fu entusiasta del risultato e ci fece parecchia pubblicità. Già quattro volte è comparsa in studio accompagnando l'amica di turno per un intervento fortunatamente più leggero e di tipo esclusivamente estetico.



INDICE

PREFAZIONE *di Francesco Berti Riboli* pag. 5

INTRODUZIONE

Anatomia, fisiologia (e psicologia) della mammella » 0

Parte I

LA MASTOPLASTICA ADDITIVA » 00

Parte II

LA MASTOPLASTICA SOSPENSIVA E RIDUTTIVA » 00

Capitolo III

LA MASTOPLASTICA RICOSTRUTTIVA » 00



Stampato dalle Arti grafiche Giuseppe Lang  
per conto di Redazione srl  
su carta arcoprint delle Cartiere Fedrigoni  
Genova, maggio 2006

## Francesco Filippi

È nato a Savona nel 1962; con Costanza ha due figli, Federico di 5 anni e Ginevra di 3. Si è laureato in Medicina e Chirurgia nel 1987 e ha frequentato la Scuola di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva. Ha maturato esperienze professionali internazionali presso il New York University Medical Center nel reparto del dottor Mc Carty e, in Brasile, nella Clinica di Chirurgia plastica del dottor Gerardo Peixoto a Salvador de Bahia e nel reparto del dottor Rolando Pontes nella Clinica Fluminense di Rio de Janeiro.

Dal 1987, per diciotto anni, ha lavorato con diverse responsabilità presso il servizio di Chirurgia plastica dell'Istituto per la ricerca sul cancro di Genova. In questi anni ha approfondito i propri interessi nel campo della chirurgia estetica, scegliendo, dal 2004, la libera professione per potersi dedicare, in particolare, alla realizzazione del progetto Più Donna di Villa Montallegro a Genova, dove è responsabile del servizio di Chirurgia plastica.

## Vincenzo Ottaviano

Nato a Genova nel 1977. Diplomato al Liceo scientifico Cristoforo Colombo, si è laureato in Medicina e Chirurgia all'Università degli studi di Genova nel 2002. L'anno successivo entra nella scuola di specializzazione in Chirurgia plastica ricostruttiva dell'Università di Genova, presso la quale attualmente lavora. Nel corso di questi anni si è occupato dell'organizzazione di diversi corsi a livello nazionale e internazionale di Chirurgia plastica, e ha collaborato a progetti di ricerca in ambito nazionale. Si interessa di disegno e pittura.

