

DOCUMENTO DI CONSENSO INFORMATO PER CHIRURGIA MAMMARIA

Il nodulo mammario è un riscontro molto frequente nella pratica medica che prevede la visita senologica. Dopo una visita specialistica o dopo un'indagine radiologica (mammografia o ecografia) o in seguito all'autodiagnostica per autopalpazione (70 % dei casi) si può riscontrare una lesione nodulare mammaria. Non è la "fine del mondo", una nodulazione mammaria può anche essere una cisti, un fibroadenoma (tumore benigno), un'inflammazione (associata a dolore) o transitori "rigonfiamenti" delle ghiandole mammarie (fenomeni del tutto normali) e solo in una minima proporzione dei casi si risconterà un nodulo con cellule tumorali maligne. Generalmente, dopo eventuali esami complementari o cito-istologici preliminari potrà emergere la necessità di effettuare un trattamento / indagine chirurgico, specifico ed adeguato al caso clinico.

Non alterarsi, non ce fretta, non è una urgenza, lei ha tutto il tempo necessario per ragionare ed effettuare ulteriori consulti, indagini complementarie, etc.

Prima di ogni decisione si faccia spiegare tutto chiaramente e tante volte come sia necessario, lei ha il diritto / obbligo di conoscere la reale situazione per affrontare eventuali decisioni importanti.

Non prenda decisioni mosse dalla sola emotività e cerchi di razionalizzare l'evento sfavorevole e permetta di farsi aiutare da professionisti esperti.

Le tecniche chirurgiche più comunemente proposte in patologie senologiche sono:

Agoaspirato: si tratta di "aspirare" la lesione incriminata. Se è una cisti, fuoriesce liquido di svariati colori, quasi mai emorragico, poco relazionato o quasi escludente di una patologia neoplastica (cisti = benigno) Se fossi di una lesione solida (nodulo vero e proprio) l'agoaspirato può raccogliere cellule che inviate in anatomia patologica ci possono aiutare a diagnosticare se la lesione benigna o maligna.

Biopsia: asportazione di un pezzo della lesione o la sua totalità. Può essere effettuata in anestesia locale o in sedo-narcosi. E' sempre di gran lunga preferibile l'asportazione totale della lesione (quando è palpabile) e si cercherà di inviare per studio anatomopatologico integro.

Quadrantectomia o ampia resezione mammaria: intende l'asportazione di una parte della mammella dove risiede la lesione sospetta da studiare e/o asportare e di una parte (sufficientemente sicura) di tessuto sano circostante, Dopo l'asportazione del quadrante o della parte di tessuto mammario e circostante si potrà procedere con una ricostruzione (non cosmetica) della ghiandola mammaria per cercare di ripristinare la morfologia più vicina all'originale possibile, ma mai uguale ne' esteticamente soddisfacente.

Mastectomia: o sia l'asportazione completa della mammella e del tessuto circostante nel suo insieme. Alla mastectomia si può essere sottoposta in primo tempo o come tempo successivo alla quadrantectomia quando si diagnosticano più zone affette da malattia neoplastica che obbligano al chirurgo a prendere questa decisione. Se la lesione tumorale maligna è piccola ma compromette la cute della mammella, la mastectomia potrà anche essere proposta.

Dissezione ascellare (svuotamento linfonodale ascellare): si intende l'asportazione totale dei linfonodi ascellari alla mammella coinvolta in patologia tumorale maligna.

Asportazione del linfonodo sentinella: si intende l'asportazione del primo linfonodo o pacchetto linfonodale che si tinge del colorante applicato per "marcare" e rendere visibile il tessuto linfatico ascellare. Per migliorare il campionamento si possono usare in combinazione sostanze radioattive, sempre con lo scopo di individuare al meglio il linfonodo sentinella.

Se dall'esame istologico estemporaneo si verificasi che il linfonodo risulta negativo (assenza di metastasi) o sia sano, si soprassiederà alla dissezione ascellare; mentre se risultasse ammalato sarà necessario eseguire il classico svuotamento ascellare.

Per gli interventi eseguiti in sala operatoria potrebbe rendersi necessario il posizionamento di drenaggi.

Tutti queste proposte chirurgiche sono suscettibili di complicanze, effetti collaterali, conseguenze tra le quali si devono segnalare per la loro frequenza:

- ematoma
- emorragia
- linforrea
- linfedema
- infezioni
- granulomi
- ritardo di rimarginamento
- difetti di cicatrizzazione
- lesioni dei nervi della zona mammaria ed ascellare
- discomfort e disturbi psichici di adattamento
- etc-

Questo documento di Consenso Informato NON è sufficiente a prendere una decisione consapevole e chi si veda coinvolta in decisioni per noduli, cisti e lesioni mammarie in generale è vivamente stimolata a consultare il suo medico di fiducia per una completa informazione. E' fondamentale la comprensione della particolare situazione clinica, i rischi da assumersi permettendo effettuare o non effettuare determinati procedimenti, conoscere le eventuali ulteriori terapie da essere sottoposta in futuro (dopo la chirurgia), probabilità di recidive o nuovi tumori, etc.; prima di essere sottoposta ad intervento chirurgico per patologia mammaria sospetta o neoplastica accertata.

L'autore NON si rende responsabile per un utilizzo improprio del presente documento, il cui unico obbiettivo è quello di informare molto superficialmente al lettore e stimolarlo ad un colloquio personalizzato.

Dr. Gustavo Mascotti. Medico Chirurgo. 02.70601599 – 3488400274. gus.mascotti@tiscali.it
Specialista in Ostetricia e Ginecologia. Oncologia Ginecologica e Senologia.
Responsabile dell'Unità Operativa del Policlinico San Marco di Zingonia. (BG)