



**S.S.D. di Chirurgia Plastica Ricostruttiva**

**Dipartimento di Chirurgia**

*Responsabile dott. Paolo Cristofolini*

*Staff medico: dott. Pietro Fiamingo, dott. Andrea Piedimonte, dott. Matteo Lombardi*

Largo Medaglie d'Oro, 9 – 38122 Trento

Tel. 0461/903011- 904481

## **AUTOLIPOTRAPIANTO o LIPOFILLING**

### **GENERALITÀ**

L'intervento di autolipotrapianto ( o lipofilling ) viene eseguito per correggere solchi o avvallamenti di qualsiasi sede corpore spesso dovuti ad una diminuzione del tessuto adiposo sottocutaneo, associata o meno ad una perdita di elasticità della cute.

Il lipofilling è indicato per l'incremento del volume delle aree depresse congenite o post-traumatiche o conseguenti a trattamenti medici o chirurgici ( in caso di mastectomia , parotidectomia , ecc ) ,o per contrastare i fenomeni dell'invecchiamento caratterizzati dalla diminuzione dello spessore del tessuto adiposo sottocutaneo I risultati migliori sono ottenuti in Pazienti con pelle sottile, secca e di colore chiaro.

L'utilizzo del lipoaspirato ( contenente cellule staminali ) nella correzione volumetrica in sede di pregresse resezioni oncologiche è tecnica che va attentamente valutata caso per caso essendo ancora argomento dibattuto nella comunità scientifica internazionale.

Il tessuto adiposo autologo può essere utilizzato in associazione al PRP ( Platelet-Rich – Plasma, plasma arricchito in piastrine ) nel trattamento del lichen sclero-atrofico vulvare.

*Vantaggi:* non sono necessari test per allergia; il materiale è il proprio tessuto.

*Svantaggi:* il limite principale consiste nella disponibilità di accumuli adiposi, da cui prelevare il grasso, non sempre presenti. Può essere necessario ripetere il trattamento più volte a distanza di alcuni mesi fino ad ottenere la correzione desiderata. La procedura è piuttosto lunga. La durata dell'impianto non è facilmente prevedibile.

### **PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO**

**Gravidanza e allattamento.** L'intervento non deve essere eseguito in Pazienti gravide o in allattamento. È preferibile, anche se non obbligatorio, evitare l'epoca coincidente con le mestruazioni.

**Farmaci.** Nei 15 giorni che precedono l'intervento bisogna evitare l'assunzione di farmaci contenenti aspirina (Alka Seltzer, Ascriptin, Aspirina, Bufferin, Carin, Cemirit, Vivin C ) e Vitamina E.

**Fumo.** Almeno un mese prima è consigliato sospendere il fumo, che ha influenze negative sulla vascolarizzazione cutanea e del grasso e sulla qualità delle cicatrici.



Azienda con sistema di gestione certificato BS OHSAS 18001:2007





**Igiene.** Prima dell'intervento procedere ad un accurato bagno di pulizia completo e alla rimozione di ogni cosmetico.

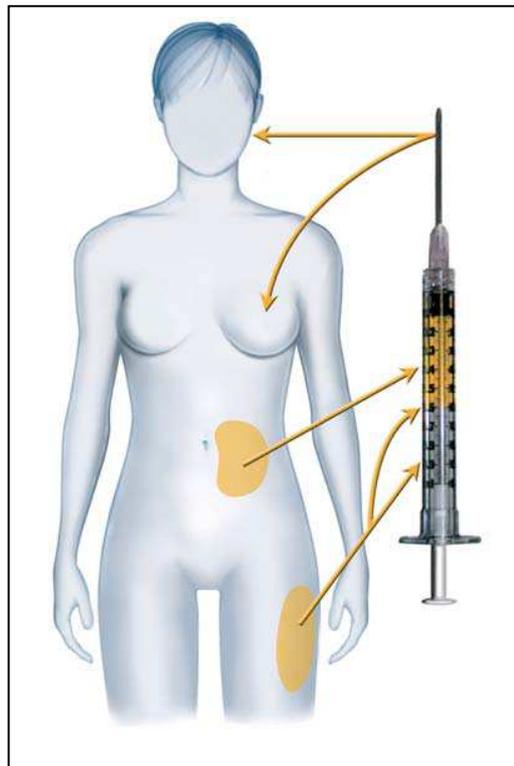
**Accompagnatore.** È opportuna la presenza di un accompagnatore per il rientro a domicilio dopo l'intervento.

### INTERVENTO CHIRURGICO

Di norma l'autolipotraspianto viene eseguito in anestesia locale ed ha una durata media di 30-60 minuti. Nel caso in cui il volume da prelevare sia importante, l'intervento si può effettuare in anestesia generale.

La tecnica si basa sul prelievo di grasso dalla stessa paziente, da zone del corpo ove è disponibile, e sul suo reinserimento, mediante sottili cannule, attraverso incisioni della lunghezza di 1-2 mm eseguite, ove possibile, in sedi di minore visibilità.

L'adipe viene innestato e distribuito nel contesto del tessuto sottocutaneo. A conclusione dell'intervento possono rendersi necessarie suture delle piccole incisioni e medicazioni contenitive visibili.



Sedi di prelievo e di possibile re-iniezione del tessuto adiposo

### PERIODO POST-OPERATORIO

**Degenza.** La dimissione avviene generalmente in giornata se l'intervento viene eseguito in anestesia locale, il giorno dopo se in anestesia generale.

**Dolore.** Il dolore post-operatorio è normalmente di entità moderata ed è di norma controllabile con i comuni analgesici orali. Si possono presentare temporaneamente senso di bruciore o sensazioni di puntura nell'area ricevente.



**Punti di sutura.** I punti di sutura vengono rimossi 7-15 giorni dopo l'intervento, secondo le aree trattate.

**Lavoro.** In caso di interventi limitati ed in sedi poco visibili, la normale vita lavorativa e sociale può essere ripresa dai giorni successivi all'intervento; mentre in caso d'intervento più importante è indicato il riposo per qualche giorno, svolgendo, senza affaticarsi, le primarie necessità quotidiane. Qualora vengano trattate estese aree del volto il gonfiore ed i lividi possono essere molto accentuati e di lunga durata (giorni o settimane).

**Ecchimosi ed alterazioni della sensibilità.** Per alcune settimane dopo l'intervento le regioni trattate potranno presentare delle ecchimosi ed alterazioni della sensibilità cutanea, che possono persistere anche per alcuni mesi.

**Farmaci.** Può essere necessaria la somministrazione di antibiotici e antidolorifici.

**Decubito.** Nel post-operatorio la/il Paziente non deve decubitare né applicare pressioni sulle aree trattate.

**Sole.** Per circa un mese devono essere evitate l'esposizione diretta al sole, lampade abbronzanti, fonti di calore

**Sport e precauzioni comportamentali.** L'attività sportiva deve essere evitata per un mese. Nel caso sia stato effettuato sul volto, è bene evitare di abbassare il capo per qualche

giorno ( ad esempio, per raccogliere qualcosa al suolo o per allacciarsi le scarpe è buona norma piegare le ginocchia e mantenere il collo eretto ), di applicare lenti a contatto, e di stirare le palpebre, inoltre non compiere sforzi fisici e manovre d'intensa spinta in caso di stipsi.

## COMPLICANZE

**Ematoma e sieroma.** La formazione di *ematomi* (raccolte di sangue in profondità) o *sieromi* (raccolte di siero) si può verificare nei primi giorni dopo l'intervento. L'ematoma si manifesta con l'insorgenza di repentini aumenti di volume o di forti dolori localizzati nella sede di intervento; il sieroma si manifesta con una sintomatologia meno acuta e più tardiva. A volte possono richiedere l'aspirazione con siringa o l'evacuazione mediante riapertura di un tratto della ferita chirurgica.

**Infezione.** L'infezione si manifesta con dolore, arrossamento della pelle e gonfiore accompagnati o meno da febbre, e viene trattata generalmente con antibiotici, medicazioni locali e, solo raramente, richiede un intervento chirurgico. Può determinare perdita di tessuto e conseguenti cicatrici di scadente qualità.

**Gonfiore prolungato,** anche 3-4 mesi.

**Vago rossore.**

**Correzione insufficiente o eccessiva del difetto.**



**Cicatrici.** Possono residuare *minime cicatrici* cutanee nei punti di ingresso delle cannule

**Pigmentazione** delle aree cutanee trattate.

**Irregolarità della superficie cutanea** sia sull'area donatrice che ricevente.

Formazione di **piccole cisti** avvertibili alla palpazione e/o alla vista che possono richiedere l'aspirazione o l'asportazione chirurgica.

In rari casi, può verificarsi una **necrosi cutanea** che può provocare una cicatrice.

Il **Parziale riassorbimento** dell'innesto adiposo per mancato attecchimento a 3 mesi circa dall'impianto.

## RISULTATI

Il risultato del singolo trattamento non è pienamente prevedibile, in quanto dipendente dalla percentuale di adipociti che attecchiscono. Il risultato si considera definitivo 3-6 mesi dopo il trattamento. Esso è suscettibile però di modificazioni legate a diversi fenomeni biologici, oltre a possibili variazioni ponderali e all'invecchiamento. Si tratta di un atto medico e chirurgico, e poiché la chirurgia non è una scienza esatta, non può essere precisamente pronosticata a priori la percentuale di miglioramento del difetto da correggere e l'entità e la durata del risultato, così come la qualità delle cicatrici residue e l'eventuale costituzione di complicazioni, in quanto tali eventi dipendono non solo dalle tecniche chirurgiche impiegate ma ancor più dalle risposte dell'organismo.

Se ha compreso le spiegazioni ed ha deciso di sottoporsi al trattamento, La preghiamo di firmare in calce a questo foglio la Sua dichiarazione di **CONSENSO**

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiaro di essere stato/a visitato/a in data \_\_\_\_\_.

Sono stata informato/a dal dottor \_\_\_\_\_ sul tipo di intervento, che mi è stato descritto verbalmente e in forma scritta con il presente prospetto informativo, consegnatomi in data \_\_\_\_\_.



Azienda con sistema di gestione certificato BS OHSAS 18001:2007





Dichiaro di aver discusso con il medico curante della mia situazione clinica e di aver ottenuto in proposito chiare spiegazioni. Richiedo pertanto di essere sottoposto/a ad intervento di **AUTOLIPOTRAPIANTO**.

Ho esaminato e bene compreso la descrizione riportata in questo stesso foglio relativa agli scopi, alle modalità di esecuzione, ai rischi ed alle possibili conseguenze del trattamento proposto ed ho potuto avere anche ulteriori chiarimenti e risposte ad ogni domanda, con particolare riguardo alla mia specifica situazione.

Sono anche a conoscenza del fatto che, dinanzi ad impreviste difficoltà, il medico potrebbe giudicare necessario modificare la procedura concordata; se in tali circostanze non fosse possibile interpellarmi, autorizzo sin d'ora il cambiamento, al solo scopo di fronteggiare le complicanze.

Acconsento ad essere fotografato/a prima, durante e dopo l'intervento a scopo di documentazione clinica, edotto/a che il chirurgo si impegna ad utilizzare le immagini solo in ambito scientifico e per informazione clinica o giudiziaria con assoluta garanzia di anonimato.

Pertanto dichiaro di **ACCONSENTIRE** all'esecuzione dell'intervento.

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il medico \_\_\_\_\_