

**CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO DI GINECOMASTIA**  
**(Riduzione del seno maschile)**

Nome e Cognome.....

**NOTE INFORMATIVE**

**Informazioni generali**

Il torace è di grande importanza nell'estetica del corpo maschile. A volte un **eccessivo sviluppo della mammella maschile (ginecomastia)**, sia nel giovane che nell'adulto, rende poco virile e attraente questa zona corporea, creando un senso di disagio al momento di esibirla, ad esempio al mare nel periodo estivo. L'aumento del seno nell'uomo è determinato, a volte da una crescita anomala della ghiandola mammaria, a volte semplicemente da un accumulo adiposo, ma più frequentemente dalla combinazione di questi due fattori. La causa scatenante può essere ormonale o un eccessivo aumento ponderale.

Il chirurgo vi visiterà e vi potrà consigliare un esame ecografico per valutare il **rapporto tra ghiandola e adipe nelle vostre mammelle**. Poi vi illustrerà la tecnica più idonea per risolvere il problema e, al tempo stesso, vi spiegherà dove verranno collocate le cicatrici, che in ogni caso saranno estremamente limitate e in zone poco visibili. La correzione della ginecomastia riporterà il seno maschile alle dimensioni fisiologiche donando un aspetto virile e armonico.

**L'intervento**

A seconda che l'aumento sia causato solo da ghiandola mammaria (ginecomastia vera), da tessuto adiposo (adipomastia) o da una combinazione delle due cause (ginecomastia mista) si procederà a una asportazione della ghiandola con un piccolo taglio sul bordo areolare nel primo caso, a una semplice lipoaspirazione del tessuto adiposo nel secondo caso, e all'associazione delle due tecniche nel terzo caso.

**L'intervento è comunque sempre eseguibile in day hospital**, con ritorno a casa lo stesso giorno, mentre l'**anestesia** potrà essere locale con sedoanalgesia o generale a seconda delle dimensioni del problema. Non vi possono essere mai conseguenze funzionali, perché nell'uomo la ghiandola mammaria non ha alcuna funzione.

**Preparazione pre-operatoria**

Sono indispensabili un esame di laboratorio, una ecografia mammaria. **Per 2 settimane prima e 2 settimane dopo l'intervento, si deve evitare di prendere farmaci che possono favorire il sanguinamento (aspirina).**

**Trattamento post-operatorio**

Verrà posizionata una fascia elastica per circa una settimana e, dopo un'altra settimana, verranno controllate le ferite mentre non sarà necessario rimuovere i punti in quanto suture riassorbibili. In alcuni casi potrebbe rendersi necessario l'utilizzo di drenaggi per 24 ore, che verranno poi rimossi in ambulatorio. Saranno anche somministrati antibiotici e analgesici, quando necessario. La medicazione non deve essere rimossa né bagnata per 7 giorni.

**Dopo l'intervento**

Nel post-operatorio può essere indicato un ciclo di massaggi per favorire il riassorbimento di eventuali edemi ed ecchimosi. Il numero delle sedute verrà valutato dal chirurgo in accordo con il fisioterapista che esegue i trattamenti.

### **Possibili complicanze**

**Infezioni:** sono estremamente rare e vengono prevenute da un'antibiotico terapia.

**Sanguinamento:** è davvero raro, ma può verificarsi solitamente entro le prime 24 ore. In alcuni casi, quando il volume della ghiandola mammaria è importante, sarà necessario l'utilizzo di un drenaggio che verrà rimosso il giorno dopo in ambulatorio.

**Cicatrice:** normalmente lungo il margine inferiore dell'areola mammaria sarà invisibile ma, in rari casi legati alla qualità della cicatrizzazione personale, si rischia un'anomalia della cicatrice stessa, che potrà apparire ipertrofica. In questi casi il chirurgo prescriverà un protocollo con Tecar® terapia ed eventuali infiltrazioni della cicatrice.

### **Ritorno al sociale**

Il lavoro e le attività sociali dovranno essere ridotti per 1 settimana dopo l'intervento. Se il lavoro del paziente fosse tale da richiedere attività fisica quale sollevamenti, spinte, etc., sarà necessario un periodo di convalescenza più lungo.

Dopo 20-30 giorni è possibile riprendere qualsiasi attività anche sportiva. La guida dovrà essere sospesa per 4-7 giorni.

**CONSENSO INFORMATO**

Dopo aver letto e capito le suddette informazioni, autorizzo la Dott.ssa Giulia Boscaini ad eseguire l'intervento di **GINECOMASTIA** sulla mia persona.

La autorizzo, inoltre, ad eseguire altre procedure che possano, a suo giudizio, rendersi necessarie per la riuscita dell'intervento o per la mia salute durante l'intervento stesso e durante il trattamento post-operatorio.

I rischi dell'intervento e la possibilità dell'insorgenza di complicazioni mi sono stati spiegati in modo esauriente.

Sono al corrente che qualunque tipo di intervento chirurgico, come del resto molti atti della vita comune, come andare in automobile o in aereo, comprende certi rischi, anche mortali.

Esistono rischi specifici per un intervento in particolare, ed altri generici, connessi con tutti gli altri interventi chirurgici, come ematomi, infezioni, cicatrizzazione anormale, ritardi di guarigione e alterazioni della sensibilità. Tutti gli interventi prevedono la presenza di cicatrici. Nonostante che le incisioni vengano suturate in modo da avere le cicatrici più incospicue possibile, si possono produrre cicatrici evidenti e antiestetiche per tendenza individuale.

Mi rendo conto che, nonostante si prevedano buoni risultati, questi non possono essere garantiti, né vi può essere garanzia contro eventuali complicazioni e risultati sfavorevoli. Il chirurgo si impegna ad operare in modo corretto, sia dal punto di vista tecnico che scientifico, secondo perizia, prudenza, diligenza al fine di conseguire un miglioramento oggettivo. In proposito, sono stato informato che il chirurgo non può garantirmi né promettermi di raggiungere un particolare risultato, in quanto non è possibile prevedere anticipatamente con esattezza il grado di miglioramento che si potrà ottenere con l'intervento.

Per ottenere il risultato migliore possibile possono rendersi necessari re-interventi per ritocchi chirurgici. Se questo dovesse accadere, le spese saranno a carico del paziente.

Accordo il mio permesso a prendere fotografie prima e dopo l'intervento, intendendo autorizzata la Dott.ssa Giulia Boscaini e gli eventuali collaboratori da lei incaricati ad utilizzarle, per uso scientifico o didattico. Rimane sottinteso che il mio nome non verrà in ogni caso reso noto.

Luogo e data.....

Firma della Paziente

Firma del Medico

.....

.....