

La chirurgia estetica dell'addome

Dott. Stefano Marianelli
 Resp. Servizio di Chirurgia Estetica.
 Casa di Cura Leonardo - Vinci (FI).

Lo scopo della chirurgia estetica è quello di ristabilire un'armonia corporea del paziente, che è strettamente legata al proprio equilibrio psicologico.

Partendo da tale presupposto, un difetto estetico addominale può provocare difficoltà nella vita di relazione, specie quando ci si avvicina ai periodi estivi, dove la riduzione degli indumenti per una migliore esposizione al sole può essere causa di notevole imbarazzo.

Tali effetti estetici addominali interessano tutte le fasce di età di ambo i sessi, con maggiore incidenza nelle donne di media età che abbiano avuto

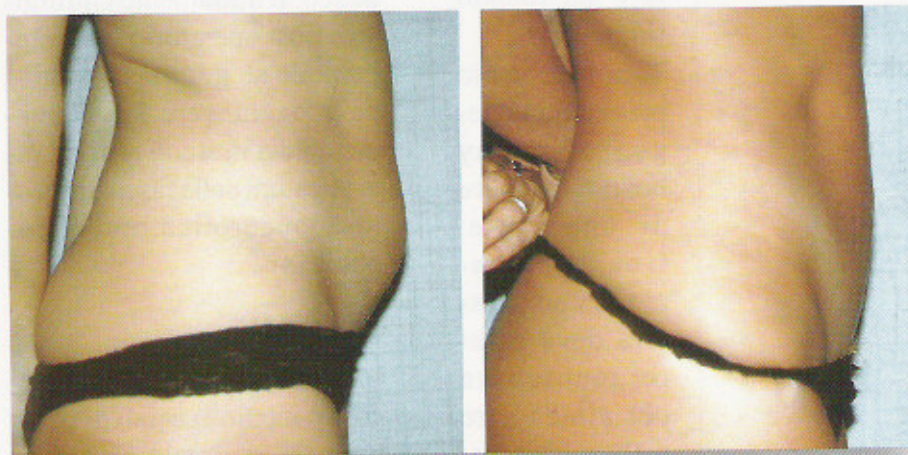
delle gravidanze. Vari possono essere i difetti estetici dell'addome, dal semplice accumulo adiposo della parte inferiore dell'addome, all'adiposità generalizzata, all'eccesso di cute, alla diastasi dei muscoli retti, oppure alla somma di tali difetti, che determinano il classico addome "pendulo".

In conseguenza a tale varietà della patologia estetica di partenza, ne è nata una classificazione di 5 tipi di addome, con specifica tecnica chirurgica correttiva da applicare e un differente tempo di recupero fisico ed estetico.

Classificazione

Gruppo I

Sono inclusi quei pazienti che



Figg. 1-2 - Foto pre- e post-operatoria di pz. del gruppo I, con adiposità diffusa a tutto l'addome.

Ch.estetica



Fig. 3-4 - Foto pre- e post-operatoria di pz. del gruppo IV con normale accumulo adiposo, ma importante diastasi dei muscoli retti.

non hanno eccesso di pelle, la cui muscolatura è normale, senza diastasi nè ernie, con unica alterazione estetica determinata da un eccesso di adipe esteso a tutto l'addome o solo nella parte inferiore.

La tecnica chirurgica da applicare in questi casi è la sola liposculptura, da effettuarsi in anestesia locale se si tratta di accumuli circoscritti alla parte inferiore, oppure con anestesia periferica (spinale o peridurale), o generale se l'accumulo

di adipe è abbondante e diffuso su tutta l'estensione addominale e sui fianchi (Fig. 1-2).

Tale intervento prevede una degenza in day hospital oppure di una notte. Una medicazione compressiva deve essere mantenuta per almeno tre settimane, tempo necessario per ridurre l'e-

dema post operatorio ed iniziare ad apprezzare il risultato estetico.

Gruppo II

Sono inclusi quei pazienti che presentano un piccolo eccesso di pelle nella parte inferiore dell'addome ed un moderato accumulo adiposo, ma con una muscolatura normale. In tale gruppo sono incluse spesso pazienti dai 30-45 anni, nullipare o primipare. Il trattamento chirurgico consiste in una liposculptura addominale associata ad una rimozione di un fuso di cute in regione sovrappubica.

La cicatrice residua è molto ridotta in dimensione e ben nascosta sopra i peli pubici.

L'anestesia, la medicazione ed il recupero post operatorio sono paragonabili al gruppo I.

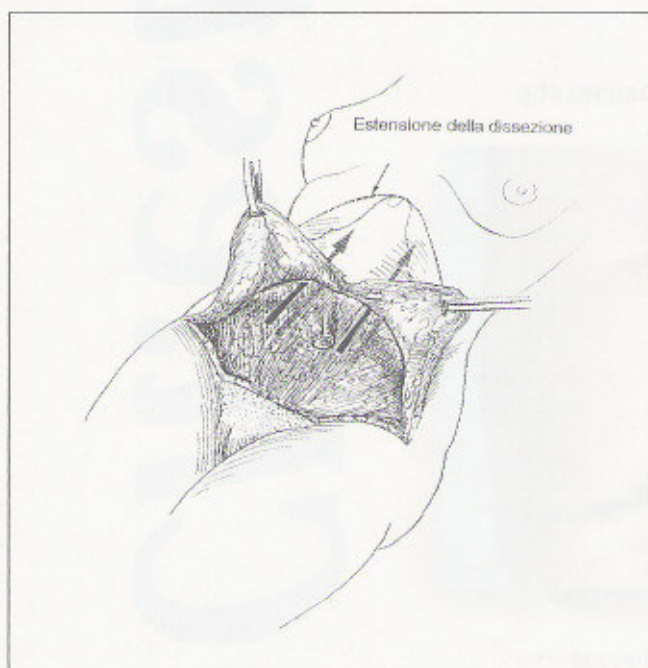
Gruppo III

Le caratteristiche sono simili al gruppo II, con un grado maggiore di flaccidità dei muscoli retti al di sotto dell'ombelico. Il trattamento chirurgico e post operatorio è sovrapponibile al gruppo II, a cui si deve aggiungere l'avvicinamento dei muscoli retti tramite plicatura della fascia muscolo-aponeurotica ombelico-pubica.

Gruppo IV

Include quei pazienti con piccolo o medio eccesso di pelle, normale accumulo e distribuzione di adipe, ma importante diastasi dei muscoli retti e/o

Fig. 5 - Estensione dello scollamento del lembo cutaneo.



obliqui. Il trattamento chirurgico consiste nella rimozione di un fuso di cute simile al gruppo II, ma un importante scollamento di tutto l'addome, la disinserzione dell'ombelico dall'aponeurosi senza incisione della cute periombelica, la plicatura dei muscoli diastasi xifopubica ed il reimpianto dell'ombelico 1-3 cm più basso rispetto alla sede di origine (Figg. 3-4).

Tale tecnica chirurgica prevede l'utilizzo di fonti luminose che permettano una buona visione della parte superiore dell'addome attraverso la piccola breccia effettuata al di sopra dei peli pubici. Questa tecnica è definita “miniaddominoplastica” e rappresenta il 30% circa degli interventi chirurgici estetici dell'addome. Tale chirurgia può essere effettuata in anestesia periferica (spinale o peridurale), ma preferibilmente in anestesia generale. Si prevede il posizionamento di drenaggi in aspirazione, rimossi dopo 24 ore e una degenza di almeno una notte. Una leggera compressione deve essere mantenuta per circa un mese e il recupero fisico ed estetico avviene entro tre mesi.

Gruppo V

Include pazienti con grande eccesso di cute e adipe, con un vario grado di diastasi dei muscoli retti. Tale addome definito per il proprio aspetto “a grembiule”, è causa di una antiestetica piega dei tessuti

rilassati al di sopra del pube.

Tale patologia estetica colpisce anche una buona percentuale di uomini che si sono sottoposti a forte dimagrimento.

La tecnica correttiva è la classica “addominoplastica” detta più precisamente “dermolidectomia addominale”.

Questo intervento prevede una ampia escissione cutanea ed adiposa dall'ombelico al pube, l'isolamento dell'ombelico dalla cute circostante lasciandolo ancorato al piano muscolare in profondità ed una accurata plicatura muscolo-aponeurotica xifo-pubica. I tessuti sono quindi stirati verso il basso e l'ombelico viene fatto riaffiorare e risuturato esattamente al centro dell'addome. Tale intervento prevede una cicatrice sovrapubica più estesa che però rimane ben nascosta

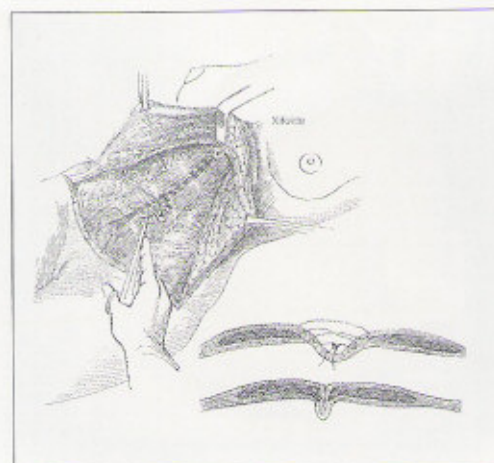


Fig. 6 - Plicatura muscolo aponeurotica xifo-pubica.

Fig. 7 - Trazione del lembo cutaneo e reimpianto dell'ombelico.

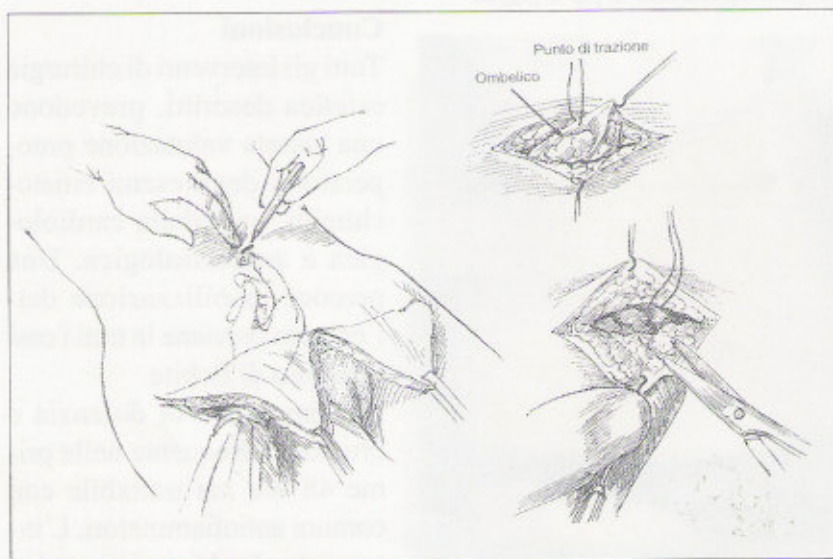




Fig. 8 - Foto pre-operatoria di pz. del gruppo V, con addome a grembiule.

sotto un normale slip. La cicatrice dell'ombelico è inflessa all'interno di quest'ultimo e quindi poco visibile (Figg. 5-6-7).

Vengono posizionati drenaggi in aspirazione associati ad una medicazione compressiva; entrambi vengono rimossi in seconda giornata.

Per questo tipo di intervento è preferibile un'anestesia di tipo generale.

Per almeno un mese è utile indossare una guaina elastica di supporto ed il recupero fisico ed estetico finale avviene dopo circa tre mesi.

Si deve precisare che l'addominoplastica può essere considerata una tecnica di trattamento delle smagliature localizzate tra l'ombelico e il pube, in quanto tale zona cutanea viene eliminata. Inoltre la cute messa in tensione dalla sutura finale, può attenuare le smagliature residue per il semplice effetto di tensione meccanica (Figg. 8-9).

Fig. 9 - Foto post-operatoria di pz. di fig. 8.



Conclusioni

Tutti gli interventi di chirurgia estetica descritti, prevedono una attenta valutazione preoperatoria degli esami ematochimici, una visita cardiologica e anestesologica. Una precoce mobilizzazione dell'operato previene in tutti i casi il rischio di flebite.

La sensazione di dolenzia e bruciore è frequente nelle prime 48 ore ma trattabile con comuni antinfiammatori. L'intervento di chirurgia estetica

addominale può essere associato ad altri interventi di chirurgia estetica, come il: lifting delle cosce o la mastoplastica, oppure ginecologici come l'ovariectomia o l'isterectomia. Si deve inoltre precisare che è obbligatoria contestualmente all'intervento di addominoplastica la correzione di eventuali ernie inguinali e/o ombelicali e/o laparoceli. Per tutti gli interventi descritti è indicata un'astensione dall'attività fisica e dall'esposizione al sole per almeno due mesi.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Callia W.: "Contribuição para o estudo da correção cirúrgica do abdome pêndulo e globoso. Técnica original". *Dis. Fac. Med. Univ. São Paulo*, 1963.
- 2) Gonzales-Ulloa M.: "Belt lipectomy". *Brit. J. Plast. Surg.*, 13:179, 1960.
- 3) Illouz Y.G.: "Une nouvelle technique pour les lipodystrophies localisées". *Rev. Chir. Esthet.*, 4:19, 1980.
- 4) Pintaguy I.: "Abdominoplastias. O Hospital", 71:1541-1556, Junho, 1967.
- 5) Pontes R.: "Plástica abdominal: Importância de sua associação à correção das Hérnias Incisionais". *Rev. Bras. Cir.*, 52:85, 1966.
- 6) Psillakis J.M.: "Abdominoplasty: some ideas to improve results". *Aesth. Plast. Surg.*, 2:205, 1978.
- 7) Serson D.: "Geometric planing for abdominal dermolipectomy". In: *Year book of plast. rec. surg.* Chicago, Year Book Medical Publishing, 1973. p. 132.

AUTORE CORRISPONDENTE:
Dott. Stefano Marianelli
Casa di Cura Leonardo - Vinci (FI).