

**Mini-FUE in piccole sedute ripetute:
un protocollo minimamente invasivo
di autotrapianto**

Ugo Majani
Catania

Una necessaria premessa

Molti anni fa, per il rimodellamento del profilo corporeo utilizzavamo quasi esclusivamente grosse cannule collegate a potenti aspiratori che ci consentivano di estrarre in un'unica seduta cinque, sette o più litri di grasso. Ricordo che eravamo soliti mostrare ai congressi i nostri bei boccioni completamente ricolmi di aspirati sanguinolenti e quasi ce ne vantavamo come i bevitori di birra si vantano d'aver vuotato almeno un boccale in più rispetto al diretto concorrente.

Va da sé che il risultato di queste mega-sedute era molto spesso un corpo femminile "tagliato alla maschietto", una pelle afflosciata tipo sacco svuotato o ancora bizzarre forme bernoccolute o avvallate che richiedevano infiniti ritocchi.

Nella mia pratica mi ero ben presto reso conto che era possibile trattare anche le grandi adiposità con le piccole cannule che privilegiavano, alla lipoestrazione prodotta dalle grosse cannule, la lipodistruzione.

In tal modo, lavorando in piccole sedute ripetute, potevo ottenere non soltanto grandi riduzioni di volume ma soprattutto, grazie a una riduzione non improvvisa ma graduale dei volumi interni, un buon risultato estetico. Quando, in epoca più recente, mi sono dedicato alla chirurgia della calvizie, il mio entusiasmo da neofita è stato subito smorzato dal modo di operare di molti chirurghi d'oltre oceano che prelevavano (sacrificavano?) un numero incredibile di unità follicolari e le trapiantavano, sempre con un grande ardore agonistico, nei crani a colabrodo dei loro fortunati (?) pazienti, con una densità che aveva

poco o nulla da invidiare a quella che madre natura aveva stabilito a suo tempo per ciascuno di noi e una copertura estesa come una foresta amazzonica.

A quel punto, mi è venuta in mente un'equazione possibile:

megaliposuzione: miniliposcultura = megasessione (FUSS/FUE): mini-FUE

In particolare mi chiedevo quante di quelle cinque o seimila unità follicolari trapiantate in un'unica sessione sarebbero state in grado, sei o sette mesi dopo, di far "germogliare" gli agognati capelli.

A tale proposito mi tornava in mente il concetto di PGI: Personal Growth Index, cioè l'Indice Personale di Ricrescita che è stato introdotto qualche anno fa dal chirurgo brasiliano Marcelo Pitchon e puntualmente ripreso nel n. 29 del nostro Giornale Italiano di Tricologia con la consueta precisione di un chirurgo molto capace ma al tempo stesso prudente come è Piero Tesauro.

Il concetto è chiaro: una percentuale non indifferente di pazienti (dal 10 al 20%) ha una percentuale di ricrescita insoddisfacente o quasi nulla anche se l'intervento è stato progettato nel migliore dei modi.

Già questa considerazione sarebbe sufficiente, a mio parere per evitare di giocare "al buio" gran parte del patrimonio di U.F. delle aree donatrici partendo da subito con una mega-sessione.

Il rischio potrebbe diventare pura incoscienza se, come nel nostro caso, pur non disponendo di uno staff adeguato, ci intestardissimo a far sessioni da grandi numeri.

Per questo abbiamo messo a punto la metodica che andiamo adesso a descrivere.

Materiali e metodi

Eseguiamo un autotrapianto come siamo soliti effettuare una miniliposcultura, seguendo queste semplici regole:

- 1) Prelevare un numero di U.F. proporzionato all'equipe chirurgica;
- 2) Rispettare il più possibile la riserva donatrice del nostro paziente;
- 3) Tempi di intervento ridotti;
- 4) Fastidio percepito dal paziente paragonabile a quello di un trattamento di medicina estetica come può essere ad esempio una semplice infiltrazione di fattori di crescita piastrinici;
- 5) Minime dosi di anestetico locale;
- 6) Recupero immediato delle attività lavorative e della vita di relazione.

Naturalmente tutto ciò ci ha portato a scartare immediatamente la FUSS: prelevare una striscia di cuoio capelluto, la successiva sutura, l'inevitabile cicatrice per essere giustificabile richiede un personale numeroso e allenato che possa garantire l'inserimento di almeno mille/millecinquecento unità follicolari nella singola seduta.

Non ci siamo serviti di apparecchiature motorizzate ma di punches sterilizzabili di 0,8 e 1,0 mm di diametro per le aree donatrici e di lame pressappoco delle stesse dimensioni per le zone riceventi.

I capelli vengono rasati unicamente nelle zone donatrici per una larghezza massima di mezzo centimetro di modo che l'area di estrazione venga agevolmente ricoperta dai capelli sovrastanti al termine dell'intervento. Il prelievo viene effettuato generalmente nella regione occipitale. Se servono capelli più sottili per l'attaccatura fronto-temporale, si utilizzano due aree simmetriche delle regioni temporali aventi in questo caso una lunghezza massima di cinque centimetri per una larghezza sempre non superiore ai cinque millimetri.

Le aree da trapiantare dopo essere state anestetizzate e immediatamente prima che si creino i siti riceventi, vengono infiltrate con PRP.

Un trattamento con i fattori di crescita piastrinici è stato eseguito la settimana che precede l'intervento. In tal modo l'impianto dei bulbi viene eseguito nel momento in cui è massima la neoformazione capillare (senza che ciò determini un maggior sanguinamento in quanto la neoformazione capillare non va confusa con la vasodilatazione indotta dal minoxidil che giustamente viene sospeso qualche giorno prima dell'intervento).

Il prelievo e l'innesto vengono eseguiti da due chirurghi.

Un assistente si occupa di conteggiare le unità follicolari, di controllarle all'ingranditore Mantis e di servire di volta in volta l'uno o l'altro chirurgo.

In tal modo, con un'equipe chirurgica ridotta a tre persone siamo in grado, in una breve seduta operatoria di trapiantare da 150 a 300 unità follicolari.

Volendo, è possibile eseguire una nuova seduta già dal giorno successivo.

Il trattamento della regione fronto-temporale

Ovviamente non essendo in grado con questi numeri di risolvere in una singola seduta anche alopecie di modesta entità non ci interessa definire nel primo intervento quel che sarà l'attaccatura ideale per il nostro paziente; al contrario gli spiegheremo che quello che ci accingiamo a intraprendere sarà una sorta di viaggio all'indietro nel tempo.

Cominceremo infatti con il trattare le aree che sono diventate calve nelle epoche più recenti per avanzare via via nelle sedute successive dall'interno verso l'esterno fino a ricoprire quelle che per prime sono state interessate dall'alopecia. Solo in quel momento defi-

niremo una linea di attaccatura compatibile con l'età e con la riserva donatrice del nostro paziente.

Il trattamento del vertice

Sappiamo bene che il vertice dovrebbe essere trattato in una singola seduta.

Ma altrettanto bene sappiamo che non sempre è possibile con un intervento di breve durata.

Allora, molto spesso, procediamo anche per il vertice a piccoli passi.

Riduciamo cioè l'area glabra tondeggiate procedendo circolarmente dalla periferia verso il centro fino ad esaurimento delle unità follicolari a nostra disposizione.

Uno strumento "fai da te"

Dal momento che sono spesso necessarie parecchie sedute per arrivare a un risultato soddisfacente abbiamo ideato un semplice strumento che ci permette di stabilire con esattezza la posizione della zona di prelievo e della zona ricevente.

E tutto questo per evitare di trattare nuovamente aree in cui i fusti trapiantati sono ormai caduti e quelli che saranno i capelli definitivi non hanno ancora raggiunto la superficie.

Si tratta di un doppio metro scorrevole che, adeguatamente posizionato in due punti di reperi fissi, la glabella e la protuberanza occipitale, ci permette di suddividere il cuoio capelluto in una sorta di scacchiera in cui tutte le aree donatrici e le aree riceventi trattate nelle sedute precedenti siano facilmente individuabili, meglio, a nostro parere, di quanto potrebbero sofisticate apparecchiature elettroniche.

La terapia medica

Il protocollo terapeutico è molto elastico e permette di adattarsi a ogni singolo paziente. La terapia medica riveste un ruolo altrettanto importante del trattamento chirurgico.

In particolare il trattamento con fattori di crescita piastrinici ci ha dato a volte risultati addirittura insperati specialmente nel trattamento del vertice.

Al punto che in questa sede sconsigliamo la FUE prima di sei/sette mesi di trattamento con fattori di crescita piastrinica. In tal modo trapiantiamo esclusivamente le aree resistenti, con un notevole risparmio di U.F.

Un caso clinico

Alleghiamo la documentazione fotografica di un solo paziente non perché abbia ottenuto un risultato brillante (anzi, il nostro paziente, ci sia concesso il termine, attualmente è ancora "in lavorazione") quanto piuttosto perché si tratta di un quarantenne del tutto refrattario alla terapia domiciliare e al quale era stata rifiutata una FUSS perché dotato di una riserva donatrice insufficiente per il suo grado di alopecia.

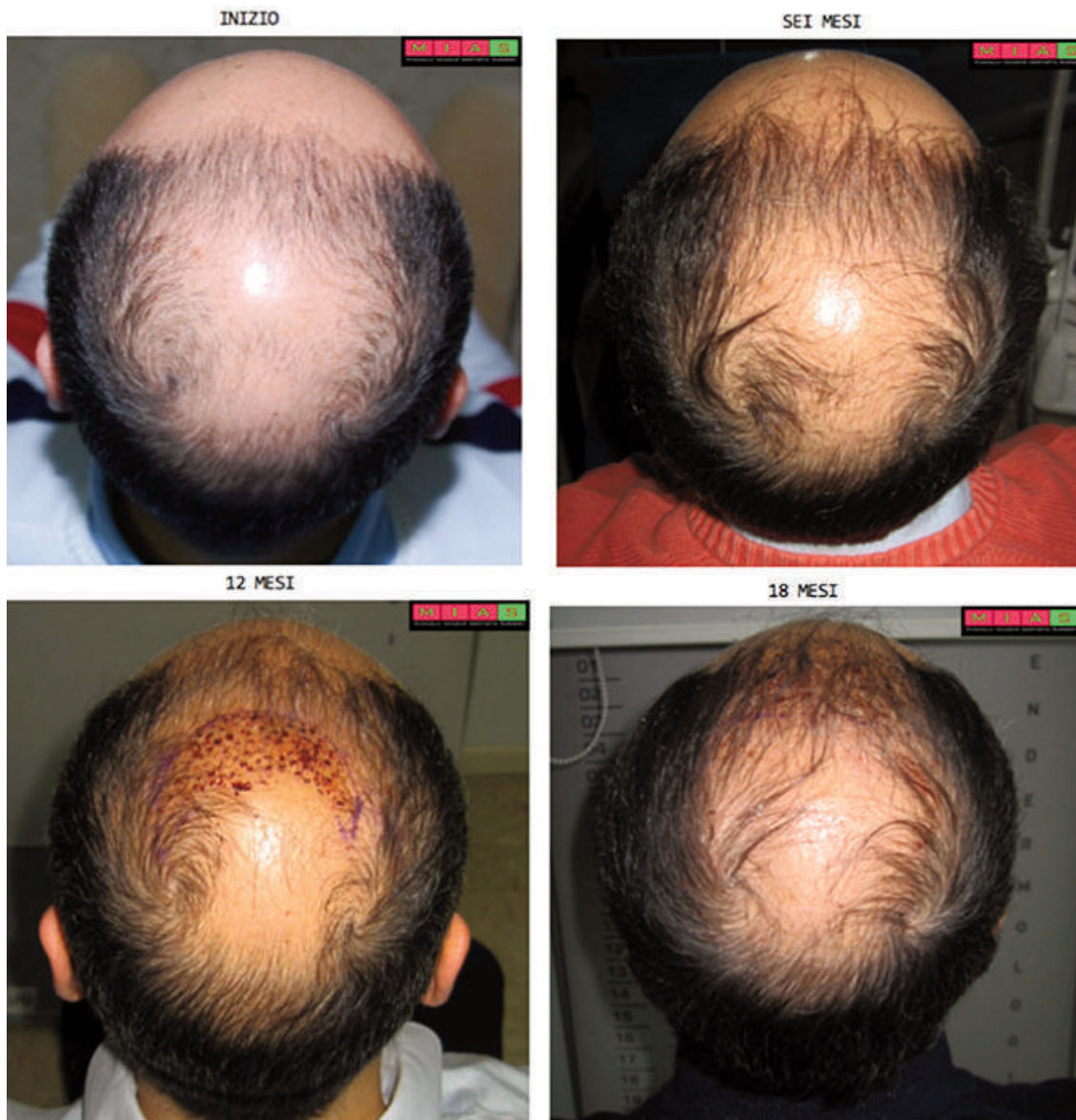
Il paziente è stato trattato con infiltrazioni di Fattori di Crescita Piastrinica (una seduta ogni 30 - 60 giorni), e con due sedute di Mini-FUE.

Le fotografie documentano i risultati a:

- sei mesi: solo terapia medica,
- dodici mesi: terapia medica + una seduta di Mini-FUE,
- diciotto mesi: terapia medica + due sedute di Mini-FUE.

Ci sembra interessante affermare che questi risultati, ovviamente ancora parziali, sono stati raggiunti con l'utilizzo complessivo di appena 300 unità follicolari; il resto è terapia medica.

Alternando terapia medica e piccoli tratta-



menti chirurgici solo nelle zone resistenti contiamo di avere riserve sufficienti per ottenere una buona copertura.

Conclusioni

La tecnica Mini-FUE presenta a nostro parere molti vantaggi rispetto a procedure chirurgiche di autotrapianto decisamente più aggressive. Tali vantaggi sono così riassumibili:

- Equipe chirurgica ridotta;

- Minor impegno economico per il paziente;
- Valutazione dell'Indice Personale di Ricrescita prima di un'eventuale mega seduta;
- Possibilità di modificare in corso d'opera il procedimento chirurgico in base ai risultati della terapia medica;
- Assenza della necessità di una rasatura completa del cranio;
- Zone donatrici e zone riceventi facilmente

occultabili;

- Metodica percepita dal paziente come un semplice trattamento di medicina estetica;
- A parità di abilità chirurgica: miglior rispetto per le zone donatrici;
- Metodica ideale per il chirurgo che inizia.

Tra gli svantaggi da annoverare ovviamente i modesti risultati conseguibili con una singola seduta della qual cosa il paziente deve essere adeguatamente informato.

Riferimenti

Epstein E.: Monocryl donor closure - Hair Transplant Forum Int marzo/aprile: 305, 2003.

Gambino V.: Pubic Alopecia - Skin&Allergy News - The Living Newspaper for Dermatology, giugno 1999.

Kligman A.M.: History of Baldness - Clinics in Dermatology, 1988 vol. 6.

Unger Walter P.: The History of Hair Transplantation - Journal of Dermatologic Surgery and Oncology, March 2000 26: 3: 181 - 189.

Nordstrom R.E.A.: Stretch-back in scalp reduction for male pattern baldness - Plast Rec Surg 1984; 73: 1984.

Orentreich N.: Autographs in alopecia and other selected dermatologic conditions - Ann N Y Acad Sc 1959: 463: 83.

Rabineau P.: Transplantation du cuir chevelu - Cah Chir Esthét 1975; 2: 1 - 13.

Rassman W.R., Bernstein R., McClellan R., Jones R., Worton E., Uyttendaele Y H.: Follicular Unite Extraction: minimally invasive surgery for hair transplantation> Dermatol Surg 2002: 28: 698 - 703.

Shapiro R.: Follicular unit and small minigraft megasessions-maximizing yield density and naturalness - International Society for Hair Hair Restoration Surgery Annual Meeting 1997.

Uger W.: Hair transplantation in females - In: Unger W, Nordstrom R, eds. Hair Transplantation. 2nd ed. - New York: Marcel Dekker, 1987: 299.