

PROCESSI INFIAMMATORI - MASTITI

A cura del Dr. G. Antonini

RIASSUNTO:

Questo capitolo tratta in maniera sintetica ma completa i processi infiammatori di fronte ai quali il senologo può trovarsi di fronte.

Le flogosi della mammella possono rappresentare una patologia propria della mammella oppure costituire parte di un' affezione sistemica. La flogosi più frequente è rappresentata dalla mastite insorta in corso di allattamento, mentre più rare sono quelle sostenute da micobatteri, miceti o protozoi.

1. MASTITE ACUTA SUPPURATIVA Puerperale

È una infezione piogenica che colpisce fino al 10% delle donne che allattano (1) provocata per lo più dallo stafilococco aureo (raramente dalla salmonella) penetrato dai galattofori dilatati o da una breccia cutanea (ragade, trauma dei denti del lattante) e favorito dalla scarsa igiene locale; raramente la mastite avviene per via ematogena.



CLINICA: La mastite è più frequente nelle primipare (prodotto dall' inesperienza) o nelle donne che sospendono l' allattamento. La mammella appare calda, tumefatta, dolente alla palpazione e alla suzione; il quadro clinico spesso si accompagna a sintomi sistemici con febbre preceduta da brivido, malessere generale e successiva sudorazione; in seguito, si delimita una tumefazione che assume le caratteristiche di un ascesso con tendenza ad aprirsi all' esterno attraverso la cute o il capezzolo. Il processo infiammatorio può presentarsi con 2 aspetti: 1] la cellulite (senza pus) e, 2] l' ascesso

1] La cellulite : Questa fase rappresenta il primo passo verso l' ascesso sostenuto per lo più dallo stafilococco aureo: occorre somministrare pertanto β -lattamici penicillinasi resistenti (eg. flucloxacillina 500 mg X 4/die) o altri antibiotici evitando aminoglicosidici, tetracicline, sulfamidici e metronidazolo perché secreti con il latte; se non si osserva un rapido miglioramento vi è indicazione all' agoaspirazione con invio del materiale per coltura. La terapia antibiotica fa abortire molti ascessi riducendo l' incidenza di questi

ultimi a meno del 10% (2).

2] *L'ascesso* : insorge in genere dopo 24 ore dalla cellulite, anche se l'impiego di antibiotici può mascherarne questa evoluzione rallentandone l'evidenza clinica; a questo punto solamente il drenaggio chirurgico permette di risolvere questa complicanza. L'incisione della mammella deve liberare il pus da eventuali cavità e la guarigione della ferita deve avvenire per 2° intenzione; alcuni AA hanno ottenuto buoni risultati con la chiusura mediante sutura immediata della ferita con somministrazione di antibioticoterapia sistemica (3).



DIAGNOSI differenziale deve porsi con l'ingorgo mammario e con il carcinoma infiammatorio.

TERAPIA: La formazione di un ascesso rende necessario il drenaggio chirurgico.

PROFILASSI: occorre avere particolare attenzione all'igiene della mammella durante la gravidanza e soprattutto durante l'allattamento al seno: bisogna eliminare almeno quotidianamente le secrezioni del capezzolo e/o i residui della suzione del neonato per ridurre la possibilità di infettare i pori lattiferi dilatati o soluzioni di continuo della cute: il latte rappresenta un mezzo di cultura ideale.

Sospendere l' allattamento ?

non tutti gli AA sono concordi con questo comportamento: non essendovi di fatto alcuna controindicazione a proseguire l' allattamento, secondo gli attuali orientamenti è sufficiente svuotare il seno operato e continuare ad allattare al seno controlaterale continuando a somministrare degli antibiotici (4). Nel caso in cui si decide di sospendere l' allattamento, si può prescrivere 2,5 mg/die di bromocriptina per 14 giorni; l' eventuale ingorgo mammario deve essere aspirato con il tiralatte, mentre non sono necessari la compressione, la restrizione di liquidi né i diuretici.

2 MASTITE ACUTASUPPURATIVA NON PUERPERALE

Rappresenta in genere una manifestazione della mastite periduttale; questa mastite può anche presentarsi sia: 1] in età pediatrica: lo stimolo ormonale materno (transplacentare) è responsabile dello sviluppo della ghiandola mammaria con possibile produzione di latte da parte del neonato: questa condizione può complicarsi con una infezione batterica (in genere da S. Aureo). L' intervento chirurgico deve essere il più conservativo possibile per evitare la distruzione del' abbozzo ghiandolare e la conseguente amastia. 2] in adolescenza e età adulta: l' infezione non puerperale può essere ematogena (eg.tifo) o post-traumatica per

un corpo estraneo o per superinfezione di un ematoma. Il trattamento è chirurgico. I batteri possono essere aerobi o anaerobi con frequenza pressoché uguale (5).

3. MASTITE CRONICA ASCESSUALE

Rappresenta la sequela cronica della mastite acuta.

CLINICA: la clinica, la sintomatologia e l'evoluzione sono più attenuate rispetto alla mastite acuta.



DIAGNOSI differenziale viene posta con il carcinoma mammario (e le più rare mastite tubercolare e mastite plasmacellulare); la diagnosi può talvolta essere solamente istologica.

TERAPIA: gli ascessi richiedono un trattamento chirurgico ampio.

4. MASTITE TUBERCOLARE

Oggi rara in occidente, può insorgere come malattia iniziale a livello mammario per una infezione ascendente a livello dei dotto galattofori, o più facilmente come espressione di malattia tubercolare sistemica. Si manifesta, nelle popolazioni a rischio, più frequentemente durante la gravidanza.

CLINICA: appare come una massa dura con scarsi fenomeni infiammatori, con una reazione connettivale molto variabile; può aprirsi all'esterno attraverso i dotti o per via propria con la fuoriuscita di secrezioni (caseose, sierose, ematiche). I linfonodi appaiono numerosi diffusamente aumentati di volume (anche questi possono aprirsi all'esterno con un tramite fistoloso).

DIAGNOSI DIFFERENZIALE : con il carcinoma e con altre forme infiammatorie croniche dalle quali deve essere distinta con l'esame istologico e con la ricerca del B.K.

TERAPIA: la patologia risponde bene alla terapia specifica che deve essere sempre intrapresa prima di una valutazione chirurgica: nei casi limitati può essere sufficiente una exeresi limitata, più di rado si può rendere necessaria una mastectomia semplice (sempre associata a terapia antitubercolare); in quest'ultimo caso consigliato differire qualsiasi chirurgia ricostruttiva.

5. ALTRE MASTITI MICOBATTERICHE

Sono state descritte infezioni da micobatteri atipici in seguito a chirurgia plastica attorno alle protesi (6), mentre, di più raro riscontro è la M. da Micobatteri della Lebbra.

6. MASTITE LUETICA

Rarissima oggi in Occidente, è caratterizzata da lesioni ragadiformi dell' areola o da tumefazioni mammarie dure senza interessamento linfonodale (S. terziaria); deve essere distinta da tutte le formazioni nodulari della mammella ; la diagnosi viene posta con la dimostrazione della spirocheta nella lesione.

7. INFEZIONE ACTINOMICOTICA

E' un' affezione rara caratterizzata dalla presenza di una lesione nodulare con o senza fistola, contenente, come le lesioni actinomicotiche spesso presenti in altre sedi, dei "granuli di zolfo".

8. INFEZIONE MICOTICA

E' di raro riscontro come patologia primitiva, ma possono complicare con una certa frequenza gli impianti protesici (7).

9. INFEZIONE DAPROTOZOI

Rara alle nostre latitudini, la Leishmaniosi mammaria si presenta per lo più come una lesione in corso di malattia sistemica o contratta a livello del capezzolo da neonato infetto (8).

10. INFESTIONI DAELMINTI

Sono di riscontro piuttosto frequente in Oriente infezioni mammarie sostenute da Filaria: le lesioni interessano per lo più il derma, mentre la ghiandola mammaria viene risparmiata. L' elminta adulto può dare granulomi e fuoriuscire dal capezzolo. L' affezione risponde bene alla terapia medica. Sono state descritte Cisti idatidee e infestioni da Cistecerci, in paesi ove queste infestioni sono frequenti.

11. INFEZIONI VIRALI

La mastite virale in seguito a parotite contratta in età adulta non è rara (fino al 15% in Pt di età >15 anni con parotite) e sicuramente sottostimata per i caratteri fugaci e l' evoluzione favorevole di questa infezione (9).

12. INFEZIONI DELLE STRUTTURE CUTANEE

Cisti sebacee, idrosadenite suppurativa e, il raro ascesso (con possibile fistola) pilonidale.

13. MASTITE PLASMACELLULARE

(cf. ANSI) è una lesione flogistica acuta, benigna, rara di eziologia sconosciuta, che si presenta durante o dopo l' allattamento.

CLINICA: si presenta con febbre, dolore e eritema locali ; le lesioni sono sempre extra areolari, unilaterali, con retrazione cutanea spesso evidente.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE : con il carcinoma e con le altre forme infiammatorie della mammella dalle quali deve essere distinta con l' esame istologico.

TERAPIA: è sempre conveniente una exeresi chirurgica ampia eventualmente associata, in caso di recidiva, agli antiinfiammatori non steroidei.

14. GRANULOMALIPOFAGICO

E' una affezione benigna caratterizzata da una massa solida con retrazione della cute che deve essere differenziata dal carcinoma con esame istologico dopo escissione chirurgica. L' affezione colpisce le donne anziane e obese e può essere causata da un trauma, da un infarto della mammella o come esito di una mastite acuta non puerperale.

BIBLIOGRAFIA:

- 1- Benson E.A.: Breast abscesses and Breast Cysts. Practitioner 1982; 226: 1397-1401.
- 2-- Marshall B.R., Hepper J.K. & Zirbel C.C.: Sporadic puerperal mastitis: an infection that need not interrupt lactation. Journal of American Medical Association 1975; 233: 1377-1379.
- 3- Goodman M.A. & Benson E.A.: An evaluation of current trends in the management of breast abscesses. Medical Journal of Australia 1970; 1:1034-1039.
- 4-- Editorial. Puerperal mastitis. British Medical Journal 1976; 1: 920-921.
- 5- Leach R.D., Eykyn S.J., Phillips I. & Corrin B.: Anaerobic subareolar breast abscess. Lancet 1979; i: 35-37.
- 7-- Seymour E.Q.: Blastomycosis of the breast. American Journal of Roentgenology 1982; 139: 822-823.
- 8-- Marsden P.D., Almeida E.A., Llanos Cuentas E.A. et Al. Leishmania braziliensis infezton of the nipple. British Medical Journal 1975; 290: 433-434.
- 9-- Phillips R.N. Reinhard K.R. & Lackman D.B.: Observations on a mumps epidemic in a "virgin" population. American Journal of Hygiene 1959; 69: 91-111.