

STUDIO GINECOLOGIA BATTAGLIA

Ecografia diagnostica

Specialista FMH Ginecologia & Ostetricia Operatorie
Medicina complementare integrata

Via Nassa 46 – 6900 LUGANO

Tel. 0041 91 9232242

Fax 0041 91 9227166

Via Cantonale 54 – 6983 MAGLIASO

Tel. **0041 76 5160300**

Fax 0041 91 6009092

Mail Address: levatrice@studioginecologiabattaglia.com

Web site: www.studioginecologiabattaglia.com

FB e Instagram: studioginecologiabattaglia



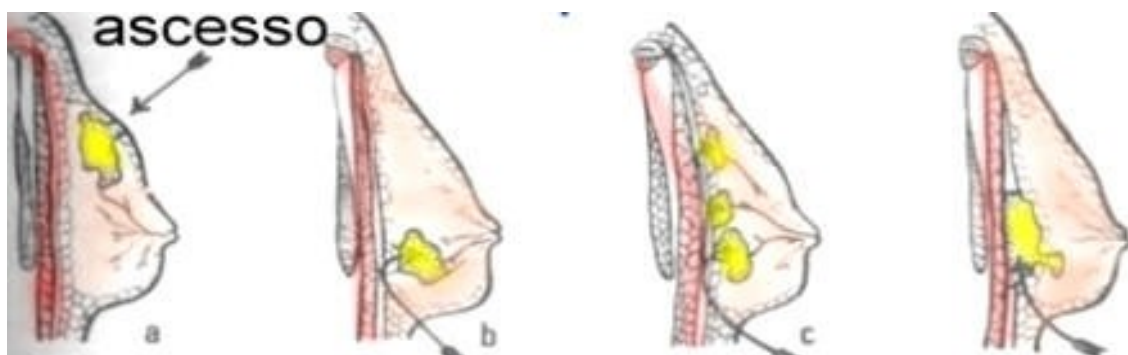
Malattie infiammatorie e infettive del seno



Mastite puerperale acuta suppurativa

Questa infezione compare solitamente durante l'allattamento o, nella grande maggioranza dei casi, provocata dallo stafilococco aureo. I dotti galattofori rappresentano generalmente la via di penetrazione dei batteri dal capezzolo contaminato, diffondono rapidamente nella ghiandola e trovano nel secreto latte favorevole terreno di coltura (ciò spiega la facile pluralità degli ascessi intramammari). L'infezione acuta, non prontamente arrestata dalla terapia, tende a trasformarsi in ascesso. Gli ascessi tendono solitamente a farsi strada verso il cellulare sottocutaneo.

Sintomatologia: seno caldo, arrossato, tumefatto, dolente alla pressione, e alla suzione tanto da richiedere che l'allattamento venga interrotto; successivamente compare una tumefazione circoscritta che, affiorando sotto la pelle, assume carattere fluttuante, difficile da apprezzare se in sede profonda. Fin dai primi giorni, spontaneamente e alla pressione, compare nel latte un essudato purulento: il latte, raccolto su una garza, si separa dal pus che forma una macchia gialla (prova di Budin); allo stesso tempo al microscopio si evidenzia un tappeto di granulociti in una goccia di latte. Frequente la partecipazione dei linfonodi satelliti ascellari, tumefatti e dolorosi. Frequente la presenza di uno stato settico generale, con febbre intermittente, brividi e sudorazione.



La diagnosi differenziale si pone inizialmente con ingorgo mammario, meno doloroso, senza sintomi infiammatori.

Terapia: Se riconosciuta nella fase iniziale la mastite può essere curata con antibiotici e antiinfiammatori e senza sospendere l'allattamento.

Se la mastite è già a uno stadio avanzato con collezione di ascesso è consigliato intervenire chirurgicamente per drenare e sospendere l'allattamento. Ciò vale anche come misura profilattica per il poppante per il rischio d'infezioni, soprattutto una gastroenterite stafilococcica da mastite puerperale acuta, che va trattata con terapia antibiotica, mirata, ricordando la frequente insensibilità dello stafilococco aureo alla penicillina e l'opportunità di ricorrere ad altri antibiotici come la penicillina G e la cloxacillina. Svuotare periodicamente il seno con il tiralatte; fasciatura compressiva e sospensione del seno.



Mastite cronica puerperale

Eziopatogenesi: Identica a quella della mastite acuta, trattandosi o di una sua cronicizzazione o di un'infezione attenuata fin dall'inizio. Può presentare notevoli difficoltà diagnostiche se assume l'aspetto di una tumefazione a lento sviluppo, poco dolente, con segni sfumati di infiammazione e modesto o assente quadro generale d'infezione.

Terapia: Gli ascessi richiedono trattamento radicale con escissione della sacca e massimo risparmio del parenchima ghiandolare sotto protezione antibiotica.

Galattocele puerperale

Raccolta di latte più o meno alterato, conseguenza di una mastite attenuata in periodo di allattamento a evoluzione. Forma ascessuale e comunicante con i dotti galattofori. Si presenta come una collezione di liquido situata nel tessuto ghiandolare con parete interna liscia avente i caratteri istologici di ascesso, a contenuto liquido di aspetto (latteo, cremoso, caseoso).

Sintomi: in corso di allattamento troviamo una tumefazione a lento sviluppo e indolente. Incostanti i segni della fluttuazione e dello scolo di latte.

Terapia: identica a quella degli ascessi cronici. S'impone l'asportazione della sacca con la membrana piogenica.

Mastite periduttale non puerperale

Infezioni della mammella, **senza i precedenti dell'allattamento**, sono piuttosto rare e si presentano sotto forma d'infezione batterica, nell'area dei dotti galattofori. L'evoluzione suppurativa può condurre alla formazione di un ascesso tubo-areolare che si apre alla cute lasciando una fistola adiacente all'areola. La presenza della fistola o delle fistole (che comunicano con i dotti galattofori) può portare alla perpetuazione della suppurazione (ascessi ricorrenti subareolari).

Terapia: Antibiotici in fase acuta. La cronicizzazione del processo impone talvolta, per una guarigione definitiva, l'escissione in blocco dei dotti galattofori e della fistola con risparmio dell'areola e del capezzolo.