

13

CONTRIBUTI

Gestione dell'ascesso mammario durante l'allattamento

L'ascesso mammario è una raccolta sottocutanea purulenta che si manifesta come tumefazione localizzata dolente, arrossata e calda, spesso associata cellulite o desquamazione cutanee e febbre. L'incidenza dell'ascesso in corso di allattamento è 0.1%, 3% in donne che utilizzano antibiotici. Le principali cause di ascesso mammario sono l'ingorgo mammario, la sovrainfezione da patogeni come Staphylococcus aureus o meno comunemente Escherichia Coli e Streptococcus spp, la disbiosi



BIANCA MASTURZO

Nuovo Ospedale degli Infermi di Biella, Ponderano, Divisione di Ostetricia e Ginecologia, Dipartimento di Medicina Meterno-Infantile.



GIULIA PARPINEL,

Nuovo Ospedale degli Infermi di Biella, Ponderano, Divisione di Ostetricia e Ginecologia, Dipartimento di Medicina Meterno-Infantile.

LA RACCOLTA ANAMNOSTICA è indispensabile per valutare le caratteristiche dell'allattamento e i fattori di rischio per patologie mammarie (ad esempio diabete). Inoltre la paziente potrà riferire dolore mammario, cambiamenti di volume o consistenza o temperatura della mammella, fuoriuscita di materiale purulento dal capezzolo, malessere, febbre, vomito, nausea, comparsa di noduli tesoro-elastici, mobili sui piani profondi, intensamente dolorabili.

DIAGNOSI

L'esame obiettivo delle mammelle comprende prevalentemente l'ispezione (presenza di rossore, rigonfiamento, noduli, ragadi, secrezioni) e la palpazione digitale di tutti i quadranti mammari, dei linfonodi ascellari, sovraclavicolar e sovraaspolari con la paziente sdraiata o seduta. La diagnosi differenziale deve comprendere ingorgo mammario, dotto ostruito, mastite, patologia neoplastica.

È possibile eseguire esami colturali quali la coltura del latte e la coltura su agoaspirato di materiale ascessuale purulento.

La valutazione degli indici di flogosi è indicata se le condizioni cliniche materne lo richiedono (malessere generale, febbre non responsiva ad antipiretici, rischio di sepsi secondo parametri Meows).

L'ecografia mammaria è da eseguire in caso di sospetto ascesso mammario, mastite severa non responsiva dopo 72 ore di antibiotico terapia, mastite recidivante, neoformazione alla mammella (valutare la necessità di ulteriori indagini quali RMN o ago aspirato).

TRATTAMENTO

Si raccomanda l'applicazione di protocolli condivisi fra Aziende Ospedaliere e Ambulatori territoriali.

Non è controindicato l'attaccamento al seno tranne in presenza di ascesso e mastite con fuoriuscita di materiale purulento dal capezzolo o dall'areola e che coinvolge l'area di attacco del neonato, che prevede la ripresa dopo 48 ore dal miglioramento clinico e dall'inizio della terapia antibiotica, con la cessazione della fuoriuscita di materiale purulento. Non è indicato l'utilizzo di farmaci inibenti l'allattamento. È indicato promuovere l'allattamento a richiesta con poppate frequenti (8-12/die) e bilaterali iniziando dalla mammella non affetta o tramite svuotamento manuale. Sono da evitare i massaggi profondi della mammella, mentre trovano indicazione la doccia calda massaggiando delicatamente la mammella per 1-2 minuti e l'applicazione di impacchi freddi fra le poppate. L'attacco adeguato è la prima prevenzione delle lesioni al capezzolo.

PIETER DE HOOCH
Madre che allatta il figlio, 1674



La scelta dell'antibiotico terapia deve tenere in conto dei fattori di rischio materni (antibiotico-resistenza, obesità, fumo, mastiti recidivanti) e la compatibilità con l'allattamento. La durata del trattamento deve essere di 10-14 giorni. La terapia è indicata in caso di mancato miglioramento con misure conservative dopo 24 ore di sintomi, peggioramento dei sintomi o dello stato febbrile, casi severi con alterazione dei parametri vitali o esami ematochimici.

IN REGIME AMBULATORIALE è possibile utilizzare:

- Clindamicina 300 mg x 4/die per 10-14 gg
- Gentamicina 5 mg/kg /die in caso di mancato miglioramento dopo 24-48 ore.

IL REGIME DI RICOVERO viene considerato in caso di ascesso complicato (sepsi, debilitazione grave, necessità di antibiotico terapia endovena, patologia materna o incapacità di eseguire le cure al domicilio).

- Clindamicina 900 mg IV ogni 8 ore + Gentamicina 5 mg/kg ogni 24h sono indicati nelle pazienti in attesa di esito colturale
- Vancomicina 1g (15mg/kg) IV ogni 12 ore è indicata in caso di MRSA multiresistenti e/o compromissione materna severa

LA TERAPIA DI SUPPORTO PREVEDE:

- Ibuprofene 400 ogni 8 ore o Ibuprofene 600 mg ogni 12 ore
- integratori a base di Bromelina
- unguento a base di vitamina E
- Acido fusidico 20 mg/g da applicare 2 volte al

giorno dopo la poppata e eliminare con deterzione semplice del capezzolo e areola prima della poppata successiva

- *Lattobacillus Fermentum* o *Salivarius* con carica di almeno 3 miliardi per 30 giorni in fase d'acuzia e almeno 1 settimana al mese per tutta la durata dell'allattamento

L'APPROCCIO CHIRURGICO PREVEDE:

- L'agoaspirazione raccomandata come prima linea di intervento perché meglio tollerata, a minor impatto estetico, non interferisce con l'attacco del neonato, ha minore durata, non necessita di anestesia generale. Deve essere effettuata previa disinfezione adeguata della cute, allestimento di un campo sterile e anestesia locale con Lidocaina spray, utilizzando ago rosa (18 G) e sotto guida ecografica. E' possibile eseguire plurime aspirazioni. Il posizionamento di catetere percutaneo sotto guida ecografica può essere considerato un'alternativa per ascessi di dimensioni superiori a 3 cm.
- il drenaggio chirurgico mediante incisione ha la stessa efficacia dell'agoaspirazione ma comporta maggiore stress chirurgico per la paziente, motivo per cui vi si ricorre come II linea di intervento. È considerato I linea in caso di ascessi di dimensioni superiori a 5 cm, multiloculati o recidivanti o in caso di fallimento dell'agoaspirazione.