



Le mastiti

Data 04 giugno 2009
Categoria ginecologia

Dalla diagnosi alla terapia, una breve revisione su una patologia che non raramente compare durante l'allattamento al seno.

Per mastite s'intende la presenza di una flogosi localizzata in una mammella, associata a sintomi sistemici simil-influenzali. Generalmente si tratta di una condizione che colpisce la donna durante l'allattamento al seno, di solito nei primi tre mesi dopo il parto. Secondo l'OMS l'incidenza di mastite può arrivare fino al 33% delle donne che allattano, ma generalmente viene ammessa un'incidenza inferiore al 10%.

Quali sono i fattori di rischio?

Tra i fattori di rischio per mastite si annoverano le anomalie della bocca del lattante (per esempio palatoschisi, labbro leporino, frenulo corto), cattivo stato nutrizionale della madre, primarietà, pregresse mastiti, ragadi o infiammazioni del capezzolo, ingorgo mammario, micosi del capezzolo e della cute circostante. Anche l'omettere uno o più sedute di allattamento in un seno o l'uso di tiralatte aumentano il rischio di mastite.

L'ingorgo mammario si presenta come una zona dolorosa e arrossata e si può trattare aumentando la frequenza dell'allattamento, con impacchi caldo-umidi, con massaggi ed evitando l'uso di vestiti o di reggiseni troppo stretti sulle mammelle; infine si può ricorrere alla rimozione del latte con ago sterile.

Le flogosi del capezzolo si possono trattare applicando sulla lesione del latte materno o delle creme a base di lanolina, mentre per le ragadi è opportuno l'uso di un antibiotico.

Le micosi si possono trattare con antimicotici topici o con violetto di genziana all'1%; nei casi gravi fluconazolo per os sia alla madre che al lattante.

E' necessario un esame colturale del latte materno?

La mastite di solito è dovuta alla stafilococco aureo e, in genere, la terapia si può impostare senza ricorrere all'esame colturale del latte materno. Tuttavia la coltura con antibiogramma può essere richiesta nei casi molto gravi acquisiti in ospedale oppure se la mastite non risponde entro 48 ore alla terapia antibiotica instaurata.

Come si cura la mastite?

Si consiglia un controllo della tecnica di allattamento da parte di personale esperto con eventuale correzione degli errori. Inoltre è opportuno che la madre rimanga a riposo e non si affatichi e che introduca adeguate quantità di liquidi. L'allattamento dovrebbe essere continuato, a meno che il bambino non rifiuti il latte della mammella infetta. Infatti continuare l'allattamento al seno non comporta rischi per il lattante. Solo se la madre è positiva per HIV si consiglia di sospendere l'allattamento al seno malato finché la mastite non si risolve perché, in questa evenienza, aumenta il rischio di trasmissione verticale dell'HIV da madre a figlio.

La terapia antibiotica deve privilegiare farmaci attivi sullo stafilococco aureo: amoxicillina/clavulanico, cefalexina, ciprofloxacina, clindamicina, dicloxacillina oppure trimetoprim/sulfametossazolo. La durata deve essere di 10-14 giorni. Nel caso si sospetti uno stafilococco meticillino-resistente gli antibiotici consigliati sono la ciprofloxacina, la clindamicina e il trimetoprim/sulfametossazolo (quest'ultimo va evitato se il lattante è in condizioni cliniche compromesse oppure se ha meno di due mesi).

Quali sono le complicanze della mastite?

La complicanza più frequente è l'interruzione dell'allattamento al seno. Inoltre possono svilupparsi ascessi mammari che devono essere confermati con un esame ecografico. Per la terapia si può ricorrere all'agoaspirazione oppure al drenaggio chirurgico, mentre la scelta dell'antibiotico deve basarsi, preferibilmente, sui risultati dell'antibiogramma. Anche nel caso di ascesso mammario si consiglia di continuare l'allattamento a meno che non vi sia uno scadimento delle condizioni generali della madre, oppure se il lattante, durante la poppata, tende a chiudere con la bocca l'area di incisione e drenaggio.

Renato Rossi

Referenze

1. National Collaborating Centre for Primary Care. Postnatal care. Routine postnatal care of women and their babies. London (England): Royal College of General Practitioners; 2006 Jul. 392 p
2. Spencer JP. Management of mastitis in breastfeeding women. Am Fam Physician. 2008 Sept 15;78:727-731.
3. Mastitis. In: http://cks.library.nhs.uk/patient_information/leaflet/mastitis (accesso del 27 settembre 2008).
4. WHO 2000. Mastitis: causes and management. In: http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/fch_cah_00_13/en/index.html (accesso del 27 settembre 2008)