

L'ostetrico di fronte alle malformazioni del capezzolo Breve rassegna delle tecniche chirurgiche

G. BRIGATO, A. BERGAMASCO, G. PISANO

Nello scorrere la letteratura, anche di diversi decenni or sono, non abbiamo mai potuto notare, con rammarico e a dire il vero con una certa meraviglia, il benché minimo interesse da parte degli ostetrici a trattare ed approfondire il problema delle malformazioni del capezzolo, intese come impedimento funzionale all'allattamento al seno. È ben vero che questo problema viene sollevato, almeno così riteniamo, in ritardo, poiché viviamo ormai in una società che rifiuta il sacrificio o gli eccessivi impegni nell'ambito della famiglia, ma è altrettanto vero che l'allattamento materno rappresenta ancora una realtà che unisce nei loro affetti naturali madre e figlio, che stimola il sentimento di maternità e che si impone, ancora oggi, in alcuni casi particolari di malattie neonatali.

La percentuale delle madri che allattano i propri figli, in linea generale, diminuisce nei paesi ricchi e tecnicamente più evoluti (vedi alcune comunità statunitensi dove l'allattamento al seno rappresenta soltanto il 12% dei casi) ed aumenta nei paesi più popolati o socialmente meno progrediti, dove le donne si immettono raramente nel contesto produttivo della nazione. Ne dà l'esempio l'India dove il 100% delle madri allatta al seno il proprio bambino. In Italia, le ultime statistiche, riferiscono percentuali del 50%; ovviamente con grossi divari fra popolazioni urbane e rurali, e fra quelle del nord e quelle del sud. In ogni modo, una diminuzione significativa si è avuta negli ultimi trenta anni. Teniamo però presente che ancora oggi, pur avendo a disposizione numerosi tipi di latte artificiale ben equilibrato dal punto di vista nutritivo e arricchito di vitamine e sali minerali, numerosi pediatri preferiscono l'allattamento al seno perché:

- 1) Esso sarebbe più sicuro, privo di germi (in condizioni ottimali di salute della madre), senza rischio di contaminazioni e ricco di anticorpi;
- 2) Sarebbe superiore dal punto di vista nutrizionale;
- 3) I lattanti risulterebbero più resistenti alle infezioni, proprio per la presenza degli anticorpi;
- 4) Risulterebbe necessario in certe malattie gastro-intestinali e nei prematuri;
- 5) Non crea problemi di intolleranza;
- 6) Infine avrebbe vantaggi psicologici sia per la madre che per il figlio: maggior equilibrio psico-fisico della donna e senso di sicurezza per il lattante.

Di fronte alle malformazioni del capezzolo, che impediscono l'allattamento al seno, gli ostetrici hanno saputo, fino ad ora, suggerire soltanto scarsi ed insignificanti provvedimenti.

Nel trattato italiano di ginecologia Cardi (¹) sostiene che, quando i capezzoli sono retratti, si cercherà di ottenere il latte mediante « spremitura manuale » o col « tiralatte », per poi somministrarlo al bambino col poppatoio.

Weller suggerisce che di fronte a capezzoli piatti o retratti è utile applicare, per renderli più sporgenti, qualche settimana prima del parto, speciali parapez-

* Divisione Ostetrica e Ginecologica, dell'Ospedale Civile di Este (Primario: Prof. G. Brigato). Comunicazione alla Riunione della Società Triveneta di Ostetricia e Ginecologia - Montebelluna, 9 maggio 1976.

zoli di vetro (o di plastica) che abbiano un foro nel centro, attraverso il quale il capezzolo rimarrebbe sporgente.

Alcuni ostetrici consigliano di usare il doppio-capezzolo, il cui funzionamento è a tutti noto.

Di fronte a questa indifferenza ed inerzia degli ostetrici, dobbiamo riconoscere che qualche cosa hanno fatto, e proposto, i chirurghi plastici; sia pure sotto una visuale più estetica che funzionale. Da loro noi ci accingeremo quindi a mutuare le tecniche di correzione chirurgica.

È ovvio che lasceremo alla chirurgia plastica gli interventi correttivi del capezzolo con interruzione dei dotti galattofori che risultano più semplici, più estetici, ma che tradiscono la nostra finalità basata sul rispetto della funzione ghiandolare mammaria.

Noi ostetrici, infatti, riconosciamo nella mammella femminile non soltanto un simbolo sessuale o un elemento di seduzione, ma anche e soprattutto un ruolo di primaria importanza ai fini dell'allattamento della prole.

Il capezzolo, o papilla mammaria, — permetteteci qualche richiamo anatomico e di fisiologia dell'allattamento — rappresenta una sporgenza cutanea nel centro dell'areola, provvisto di muscolatura liscia molto importante — lo vedremo — che ne permette la protrusione fino ad oltre un centimetro. Ha superficie rugosa per la presenza di creste epidermiche (dette papille) ed è localizzato circa all'altezza della IV costa, a 10 cm dal piano sternale mediano. Dalla sua superficie, formando la cosiddetta area cribrosa, emergono, in numero di 12-15, gli sbocchi escretori dei dotti lattiferi. Il suo volume varia notevolmente da soggetto a soggetto, facilitando od ostacolando l'allattamento. È riccamente irrorato; infatti 5-8 arteriole corrono parallele a ciascun galattoforo. È dotato di una innervazione sensitiva intradermica, essenziale agli effetti della lattazione. Un'importante struttura è indubbiamente rappresentata dal muscolo areolo-mammillare, il cui sviluppo è fondamentale sia nel meccanismo della suzione, sia in quello — come vedremo più avanti — della normoconformazione del capezzolo. Esso è formato da muscolatura liscia, conica, con base al bordo periferico dell'areola ed apice alla sommità del capezzolo. I fasci muscolari hanno decorso circolare ed obliquo con una modesta componente a disposizione radiale sul capezzolo ed alla periferia dell'areola. La contrazione di questo muscolo restringe l'areola e spinge in fuori il capezzolo, impedendo altresì lo scarico venulare.

Ecco perché più che di erezione alcuni parlano di telotismo, implicando nel termine erezione soltanto gli effetti di una contrazione muscolare. I risultati sono l'allungamento del capezzolo che diventa più rigido e più sottile, più adatto alla prensione buccale del neonato. Il meccanismo della suzione comporta, infatti, questo allungamento del capezzolo che, se non è presente come nei capezzoli piatti, ostacola le poppate. Per suggerire il neonato applica le labbra a chiusura ermetica all'areola, abbassando ugola e pilastri, per cui la bocca risulta una cavità completamente chiusa. Abbassando lingua e mandibola aumenta la capacità del cavo orale, e si crea una pressione negativa, atta ad aspirare il latte dall'interno dei dotti verso il capezzolo. Nel tempo immediatamente successivo la mandibola si innalza e la lingua comprime il capezzolo, ripieno di latte, contro il palato duro, determinando la eiezione. In ogni caso il lattante deve spremere la zona areolare alla base del capezzolo, dove si trovano i seni ed i dotti galattofori. È chiaro, a questo punto, che il capezzolo piatto od ombelicato non permette l'allattamento, poiché il neonato morde o succhia solo la punta di esso, avendosi per conseguenza l'inefficacia della poppata e l'aumento delle ragadi.

Balza, a questo punto, chiara la necessità di precisare le alterazioni del capezzolo che impediscono il realizzarsi dell'allattamento e le tecniche chirurgiche atte a correggere le malformazioni.

Già nell'età infantile, dice Vaglio (?), il capezzolo e l'areola assumono il loro aspetto definitivo; quindi gli interventi correttivi possono essere fatti in via profilattica, ancor prima della prima gravidanza. Inoltre si deve anche tenere presente,

a tutto vantaggio degli interventi di plastica papillare, che i risultati a distanza vengono migliorati dalla gestazione, durante la quale il capezzolo aumenta la sua altezza e, segnatamente, dall'allattamento, per lo stimolo fisico della suzione.

Esistono vari tipi e gradi di alterazione del capezzolo, ossia: la papilla plana (appiattita); la papilla fissa con capezzolo diviso da un solco in due labbra, una superiore ed una inferiore; la papilla circumvallata, ossia un capezzolo rientrante con vallo periferico; la papilla obtecta, ossia capezzolo completamente invaginato, quasi ricoperto dai tessuti circostanti.

Riportiamo uno schema dimostrativo delle malformazioni suddette (Fig. 1).

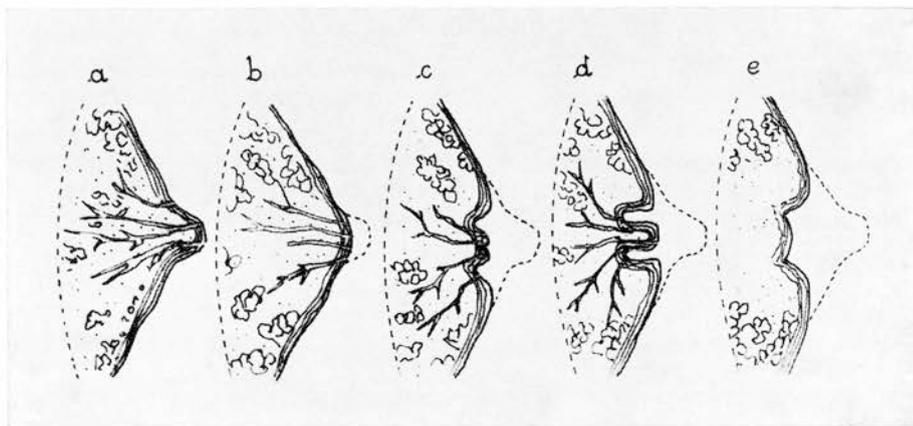


FIG. 1 - Schema delle malformazioni del capezzolo da Lupo-Boggio Robutti (3), modificato.
a) papilla normale; b) papilla plana; c) papilla fissa; d) papilla circumvallata; e) papilla obtecta.

Per comprendere le tecniche operatorie è opportuno richiamare alcuni cenni etiopatogenetici delle malformazioni del capezzolo che si vogliono correggere, escludendo ovviamente dalla trattazione le retrazioni areolo-papillari da carcinoma, da Tbc della ghiandola mammaria, da mastite ecc...

Ricordiamo solo, come curiosità storica, la teoria di Ramsbotham (12) che attribuiva l'invaginazione del capezzolo all'uso di busti troppo stretti. In realtà il capezzolo invaginato rappresenta la conseguenza di un arresto di sviluppo, in stadio precoce, delle fibre muscolari areolo-mammillari, nella loro parte centrale, per cui quando si ispessisce la parte periferica si realizza uno strozzamento centripeto che favorisce l'introffessione e l'appiattamento del capezzolo.

Una seconda teoria imputa all'atrofia completa del muscolo areolo-mammillare la malformazione della papilla, che se impedisce da una parte la invaginazione, dall'altra non provoca neppure l'estroffessione.

Un'ultima teoria etiopatogenetica riconduce l'invaginazione del capezzolo a brevità dei dotti galattofori, con deficienza cutanea areolare.

Come si vede dalle varie teorie enunciate, il maggiore imputato risulta il muscolo areolo-mammillare, seguito dalla deficienza od esuberanza cutanea areolare e dalla brevità dei galattofori.

Sempre escludendo gli interventi ad esclusiva funzione estetica che comportano la sezione dei galattofori, riportiamo le seguenti tecniche che, a nostro avviso, risultano all'uopo le più idonee e le più semplici.

TECNICHE CHIRURGICHE

Ricordiamo, per interesse storico, il primo intervento realizzato nel 1888 da Kehrer ⁽⁴⁾ che si proponeva di excidere quasi completamente l'areola, fino alla sua base.

Nel 1893 Basch ⁽⁵⁾ fu il primo a riconoscere la causa della deformazione del capezzolo nella contrattura del muscolo areolo-mammillare, motivo per cui indicò, come correttiva, la miotomia doppia sottocutanea della suddetta struttura muscolare.

Vent'anni dopo Sellheim ⁽⁶⁾ propose di associare i due metodi, praticando un'incisione periareolare; egli durante l'intervento manteneva in estroflessione il capezzolo con un punto e faceva seguire un'accurata incisione dello sfintere areolare. Completava l'intervento una serie di punti staccati, che aveva il compito di restringere la base di impianto della papilla.

Un metodo molto ingegnoso fu proposto, successivamente, da Dieffenbach ⁽⁷⁾: questo Autore incide sull'areola quattro triangoli, a base centrale, e ne sutura i margini a Y. In tal modo al capezzolo vengono forniti quattro piccoli triangoli di cute che ne favoriscono la estroflessione. Tale tecnica, non essendo accompagnata dalla miotomia sottoareolare, può risultare utile soltanto per le forme lievi di capezzolo piatto.

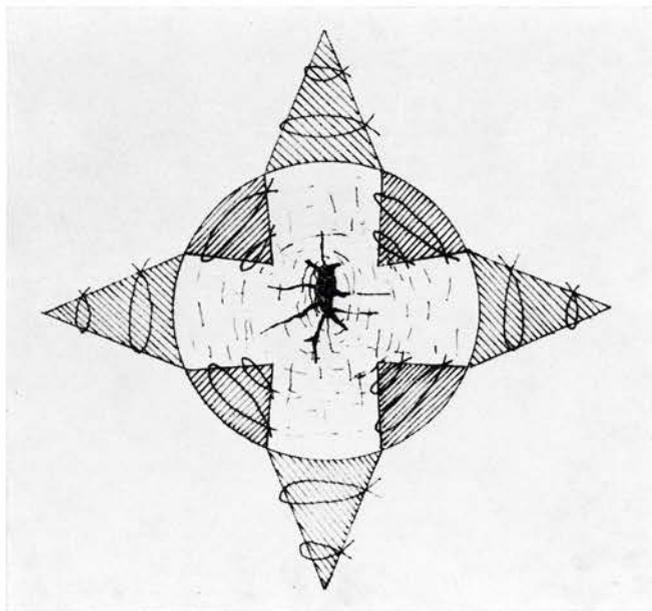


FIG. 2.

Una metodica simile a quella di Dieffenbach, venne elaborata nel 1952 da Skoog ⁽⁸⁾. Questo Autore excide quattro triangoli di cute a base centrale esternamente però all'areola; associa quindi l'asportazione di altri quattro triangoli di cute (di dimensioni più piccole) a base periferica, sull'areola; segue la incisione del muscolo mammillare-areolare fino alla base dei dotti galattofori, avendo però cura di rispettarne l'integrità. La sutura dei triangoli, dianzi scolpiti, unitamente alla miotomia, permette l'estroflessione del capezzolo (vedi Fig. 2).

L'elemento negativo dell'operazione di Skoog è rappresentato dalle quattro cicatrici a raggiera extrareolari.

L'inconveniente registrato da tutti questi metodi ben presto venne identificato nei fenomeni di retrazione tessutale, per cui il capezzolo tendeva, a maggiore o minore distanza di tempo, a subire un processo di « reinvaginazione cicatriziale ». Fu per questo che, nel 1950, Marino (⁹) ideò un ingegnoso quanto semplice accorgimento chirurgico che si rivelò estremamente utile. L'Autore suggerì di sospendere, con un punto a tutto spessore, il capezzolo alla cupola di una mezza pallina in plastica trasparente, mantenuta in situ per una decina di giorni (Fig. 3).

All'accorgimento di Marino si riferisce anche la tecnica di Allen, il quale suggerisce di mantenere il capezzolo in estroflessione, per due settimane, mediante nastri di gomma.

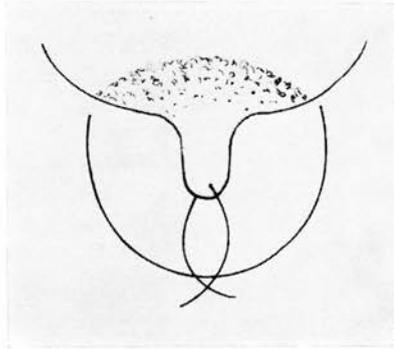


FIG. 3.

Talvolta gli interventi su indicati, secondo Spina, comportano degli insuccessi sia dal punto di vista funzionale che estetico in quanto – riferisce l'Autore – sussiste un deficit dell'areola sulla quale si è intervenuti. Per questo motivo egli propone di prelevare un anello di tessuto, delle dimensioni dell'areola, dalle piccole labbra e di inserirlo fra capezzolo estroflesso e cute periareolare. L'intervento ci sembra un po' artificioso ed i risultati non sono documentabili per la scarsità della casistica.

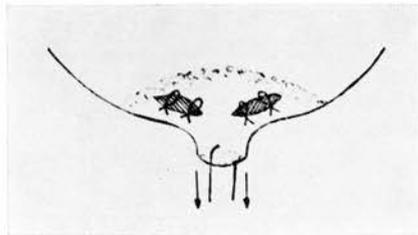


FIG. 4.

Vorremmo ora elencare due interventi che, a nostro avviso, risultano più semplici e più indicati nell'ambito della chirurgia estetico-funzionale del capezzolo; ossia le tecniche di Sandon e di Julliard (^{10,11}).

Nella prima si passa un punto attraverso il capezzolo a tutto spessore, portandolo in estroflessione; si esegue una accurata miotomia sottocutanea, nel mentre si excidono radialmente tre o quattro ellissi di cute areolare (vedi Fig. 4).

Per casi più gravi, quando cioè l'anello muscolare della areola imprigiona il capezzolo, l'Autore suggerisce una serie di piccole plastiche a Z che hanno il duplice scopo di interrompere la costrizione muscolare e di favorire la eversione del capezzolo, fornendo ad esso la cute necessaria secondo lo schema riportato nella Fig. 5.

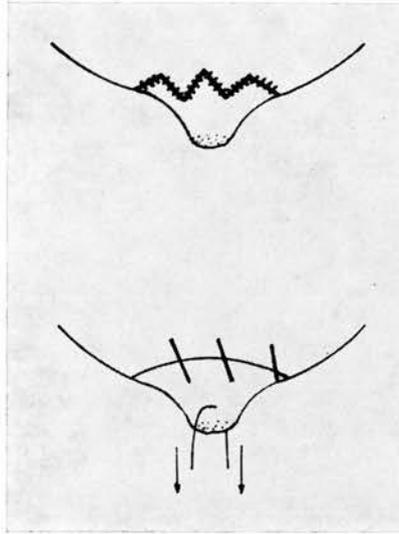


FIG. 5.

Infine la tecnica di Julliard, che a noi sembra la più idonea e la meno indagativa, si propone di incidere superficialmente la base del capezzolo in tutta la sua estensione circolare; indi si praticano sezioni della cute areolare in modo da scolpire quattro triangoli isosceli con vertice al confine fra cute ed areola, e base presso l'impianto del capezzolo. I margini dei quattro triangoli escissi (vedi Fig. 6) vengono suturati, mentre l'incisione alla base del capezzolo si lascia epitelizzare spontaneamente, allo scopo di formare un anello cicatriziale retraente che, come abbiamo detto, essendo alla base del capezzolo, ne mantiene l'estroffessione. L'operazione viene completata applicando l'accorgimento di Marino.

In altri termini la validità dell'intervento verrebbe assicurata da tre elementi:

- 1) Anello cicatriziale retraente alla base del capezzolo;
- 2) Riduzione della cute areolare peripapillare;
- 3) Miotomia sottoareolare, consecutiva alla recentazione dei triangoli suddetti.

Si potrebbe obiettare che l'anello cicatriziale possa occludere, restringendoli dalla periferia, i dotti galattofori, comportando così tutti gli inconvenienti legati all'ostacolato deflusso del latte e delle secrezioni intraduttali. L'esperienza però nega questa supposizione, inducendo a pensare che, se tale evenienza si manifestasse nei casi di incisione troppo profonda, essa potrebbe interessare soltanto i galattofori periferici.

Da quanto abbiamo esposto, si può osservare come, per rendere il capezzolo adatto alla lattazione, siano stati ideati numerosi artifici tecnici intesi ad estroflet-

tere il capezzolo, salvaguardando l'integrità dei canali galattofori e quindi la funzione precipua della mammella. Il compito non è sempre facile, malgrado la ingegnosità delle metodiche ideate dai chirurghi plastici; i risultati però sono, in molti casi, incoraggianti ed il traumatismo chirurgico molto modesto. Questo ci

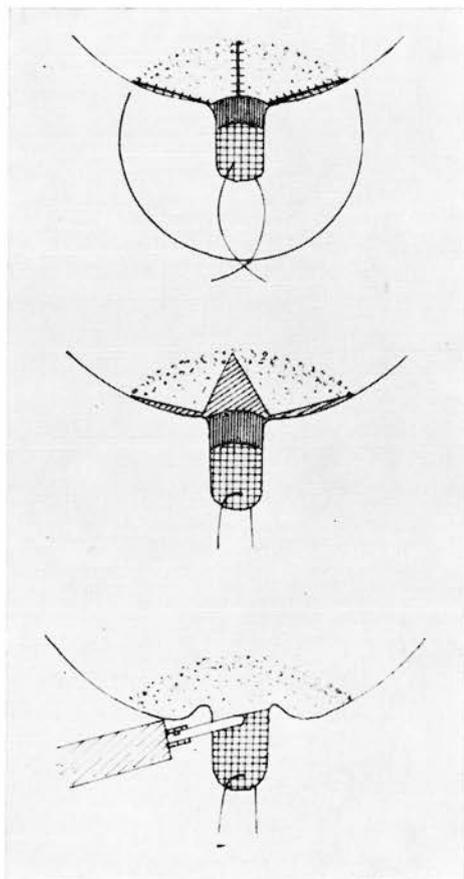


FIG. 6.

permette di sperare di avere sensibilizzato i colleghi ad un problema, fino ad ora, ingiustamente trascurato, che merita invece di essere preso in considerazione dalla classe ostetrica, deputata per il significato della sua stessa disciplina a dare di più ed il meglio alla madre ed al neonato.

RIASSUNTO

Gli AA., dopo aver lamentato l'indifferenza degli ostetrici di fronte ai problemi malformativi del capezzolo, prendono in considerazione varie metodiche chirurgiche che permettono di risolverli, onde consentire l'allattamento al seno.

Ovviamente vengono prospettati soltanto gli interventi che rispettano la continuità dei dotti galattofori e, quindi, la funzionalità mammaria.

BIBLIOGRAFIA

1. Cardi E.: *L'alimentazione del neonato*, in *Trattato Italiano di Ginecologia*, Pem Ed., Roma 1968.
2. Vaglio N.: *Patologia della mammella*, in *Trattato Italiano di Ginecologia*, Pem Ed., Roma 1968.
3. Lupo G., Boggio Robutti G.: *Chirurgia plastica del seno e della regione mammaria*, Minerva Medica Ed., 1970.
4. Kehrer F.A.: Citato da Müller P. in *Handbuch der Geburtshilfe*, F. Enke Ed., Stuttgart 1888.
5. Basch K.: *Arch. F. Gynaek.*, 44, 15, 1893.
6. Sellheim H.: *Gynaec.*, 41, 305, 1917.
7. Dieffenbach: Citato da 3.
8. Skoog T.: *J. Plast. Surg.*, 5, 65, 1952.
9. Marino H.: *Bol. Y. Trab. Acad. Argent. Cir.*, 34, 636, 1950.
10. Sandon R.P.S.: *Plastic surgery of the breast*, in *Clinical Surgery: plastic surgery*, Butterworth Ed., London 1965.
11. Julliard A.: *Annales Chir. Plast.*, 12, 251, 1967.
12. Ramsbotham F.H.: *Obstetric medicine and surgery*, A. Churchill Ed., London 1844.

La benzidamina in campo ginecologico: ulteriori esperienze cliniche

M. MEGA, G. TESSARI, D. MARCOLIN

La capacità di autodepurazione della vagina è strettamente correlata all'euritmico combinarsi di più fattori.

La struttura anatomica della parete vaginale, lo stato fisico-chimico dell'ambiente e i diversi atteggiamenti endocrino-funzionali influiscono sensibilmente sul quadro della microflora locale, sia in condizioni normali che patologiche^(11,15).

È noto come l'epitelio vaginale sia sprovvisto di ghiandole: in assenza di trauma, ciò lo rende più resistente all'instaurarsi di una flogosi⁽²²⁾.

La glicogenogenesi epiteliale è in stretta dipendenza della funzione endocrina dell'ovaio: sotto l'influenza degli estrogeni l'epitelio prolifera, le cellule superficiali si desquamano e il glicogeno è convertito dai bacilli di Döderlein in acido lattico, che condiziona il « pH » vaginale, barriera naturale nei confronti della flora patogena^(4,13).

In più circostanze si possono alterare questi meccanismi di difesa biologica, predisponendo al successivo impianto di germi. Menzioniamo a questo riguardo, le condizioni di ipoestrogenismo, le malattie debilitanti, l'uso indiscriminato di antibiotici e cortisonici, alcune endocrinopatie, lo stato di gravidanza, disordini psicosomatici, stimoli meccanici e chimici (pessari, contraccettivi meccanici, corpi estranei, sostanze spermicide, fenomeni di ipersensibilità da biancheria intima ecc.)^(19,18,20,25). Accanto ai diversi aspetti patogenetici, non sono da trascurare i problemi clinici connessi allo stato di flogosi, specie quando la sintomatologia soggettiva è molto accentuata e ribelle a più trattamenti.

L'esame clinico della paziente affetta da vulvo-vaginite, deve essere condotto in maniera rigorosa e sistematica in modo da escludere che la patologia vaginale sia legata ad una patologia cervicale, dell'apparato urinario o delle ghiandole di Skene e di Bartolini^(7,16).

Prima di intraprendere un indirizzo terapeutico, è essenziale procedere all'identificazione dell'agente eziologico; in caso di insuccesso, è auspicabile eseguire esame colturale e antibiogramma per non creare resistenze batteriche e/o ulteriori alterazioni dell'eco-sistema vaginale.

* Clinica Ostetrico-Ginecologica dell'Università di Padova (Direttore: Prof. A. Onnis).