

ECTASIA DUTTALE MASTITE PERIDUTTALE (ECTASIA ESSENZIALE DEI GALATTOFORI O COMEDOMASTITE)

A cura del Dr. G. Antonini.

ECTASIA DUTTALE E MASTITE PERIDUTTALE.

E' detta anche Ectasia essenziale dei galattofori o Comedomastite: è una patologia dei dotti che interessa donne di età compresa tra i 30 e gli 80 anni (età media per la secrezione 40 anni, per la retrazione 53 anni - (1)), ma si osserva soprattutto in premenopausa. L' eziologia è pressoché sconosciuta anche se si ipotizza una iniziazione da parte degli estrogeni. Il 25% delle donne in postmenopausa in vario modo ne risulta interessata; osservando le casistiche chirurgiche (2) si osserva che la mammella Destra è affetta nel 35%, quella Sinistra nel 50%, mentre nel 13% l' affezione è bilaterale e simultanea, infine nel 2% è bilaterale e differita. Questa affezione si può presentare con 3 differenti quadri clinici: Tumefazione, Secrezione dal capezzolo e, Dolore. Dal punto di vista istopatologico, si possono riscontrare le seguenti lesioni elementari associate a sintomi che le caratterizzano:

LESIONE ELEMENTARE e MANIFESTAZIONE CLINICA

ECTASIA DUTTALE: Secrezione cremosa, sierosa o ematica dal capezzolo

MASTITE PERIDUTTALE:

SINGOLO DOTTO Ascesso retro-areolare ricorrente, Fistola di un dotto mammario

MOLTEPLICI DOTTI Flogosi recidive, Ascessi multipli ricorrenti evanescenti o cronici, Fistola di dotto/i mammario/i, Mastalgie

FIBROSI PERIDUTTALE

INFIAMMATORIA Retrazione del capezzolo

REGRESSIVA Retrazione del capezzolo

SECONDARIA A SECREZIONE CAPEZZOLO

ECZEMA dell' areola/capezzolo

1] *Ectasia duttale* : la dilatazione di uno o più dotti può essere estremamente variabile sino a superare talvolta i 5 mm di diametro: in genere sono coinvolti i dotti retroareolari per 2-3 cm. La lamina elastica è interrotta in più punti, e il lume del dotto è spesso farcito di materiale caseoso amorfo con cristalli di acidi grassi e cellule infiammatorie.

2] *Flogosi periduttale* : di frequente riscontro, variamente associata alla ectasia duttale, ma presente anche attorno a dotti normali, è caratterizzata dalla presenza di cellule infiammatorie nel tessuto periduttale. Spesso si ritrova anche una liponecrosi, la presenza di plasmacellule e macrofagi e infine una reazione granulomatosa. In altri casi infine la flogosi può esprimersi con fenomeni acuti, microascessi talvolta con la presenza di pus franco.

3] *Metaplasia squamosa* : il reperto è presente in tutti i quadri istologici ed è caratterizzato dalla presenza nei dotti anche di secondo ordine di un epitelio squamoso per una estensione > ai 2 mm dal capezzolo;

questa epitelizzazione sarebbe responsabile sia della persistenza delle fistole sia della ostruzione dei dotti per accumulo dei detriti cellulari (1).

4) **Batteri** : la presenza di batteri e del loro significato nella mastite periduttale è molto controversa anche se sono stati isolati nel 62% delle Pazienti con ectasia e nel 5% dei casi con secrezione da altra causa; sono stati riscontrati infatti sia batteri aerobi sia anaerobi: Stafilococchi aurei, Protei sp., Streptococchi e Bacterioides sp.(2). In alcuni casi è stata dimostrata una auto-inoculazione batterica in seguito a manipolazioni vaginale, orale o del capezzolo (3).

PATOGENESI: L' affezione è caratterizzata dalla retrazione del capezzolo con una dilatazione dei dotti collettori nella regione sotto areolare. L' eziologia di questa affezione non è nota: Haagensen ipotizza dei dotti dilatati con ristagno del materiale in essi contenuto, ulcerazione dell' epitelio e della parete del dotto con conseguente liberazione del secreto ricco in acidi grassi nel tessuto periduttale e la conseguente reazione infiammatoria sterile (chimica), una successiva fibrosi periduttale, retrazione cicatriziale e una invaginazione del capezzolo come esito finale Tab.1. Altri AA ipotizzano l' inizio del processo su base autoimmunitaria per i casi osservati in Pazientis in età compresa tra i 20-30 anni con perdite cremose dal capezzolo. E' anche possibile osservare il quadro clinico-istologico completo ma senza una ectasia duttale.

TAB.1. ECTASIA DUTTALE : PATOGENESI

<p>STADIO I - Stadio silente, presente in corso di autopsia nel 25% delle mammelle normali, perdite dal capezzolo occasionali o intermittenti, i dotti possono essere palpati (<i>Tumore varicoso di Bloodgood</i>), i dotti terminali sono ripieni di materiale caseoso.</p> <p>STADIO II - Clinicamente non evidente; ispessimento e fibrosi delle pareti duttali che precedono alla retrazione del capezzolo.</p> <p>STADIO III - Massa dolente retro-areolare o del capezzolo; i dotti appaiono ripieni, distesi e talvolta rotti con reazione infiammatoria circostante (mastite plasmacellulare) con evoluzione sino all' ascesso in mammella non allattante.</p> <p>STADIO IV - Aspetto clinico di un carcinoma mammario, con una tumefazione fissa, dura retro-areolare, cute/capezzolo retratti, aspetto a buccia d' arancia, deformazione del profilo mammario; occasionalmente linfadenomegalia ascellare.</p>

La Tab.2 evidenzia il rapporto clinico patogenetico della ectasia/mastite periduttale.

TAB.2. PATOGENESI QUADRO CLINICO

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ectasia duttale (iniziazione ormonale?) • Ristagno delle secrezioni Secrezione dal capezzolo • Ulcerazione dell' epitelio duttale Secrezione siero-ematica • Secrezione nel tessuto periduttale Massa dolorosa fugace • Reazione granulomatosa Ascesso / Fistola/ + infezione batterica secondaria • Fibrosi periduttale Retrazione del capezzolo |
|--|

La Tab.3 evidenzia la sintesi delle differenti teorie patogenetiche della Ectasia duttale/Mastite Periduttale

TAB.3. PATOGENESI - SINTESI DELLE VARIE TEORIE

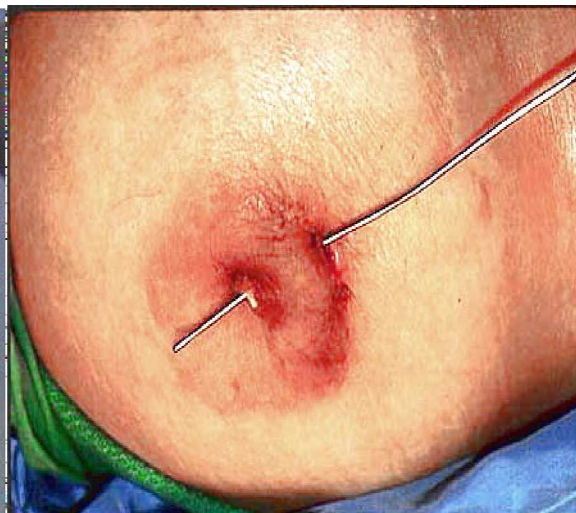
- Tutte le età
- Inversione congenita del capezzolo
- Processo autoimmunitario
- Processo periduttale Involutivo
- Ostruzione duttale
- Mancato riassorbimento delle secrezioni prodotte
- Alterazioni della parete duttale
- secrezioni duttali indotte da ormoni?
- Batteri Flogosi chimica/ Batterica
- Ectasia duttale
- Retrazione del capezzolo
- Trauma ripetuto (es. jogging)
- Ascesso retro-areolare/ Fistola Fibrosi periduttale

QUADRI CLINICI: nel 40% dei casi è palpabile una tumefazione, la retrazione è presente nel 35%, mentre nel 34% si osserva una secrezione e, l' ascesso nel 9% soltanto; nel 20% dei casi circa, i quadri clinici sono variamente associati.

1] Fistola dei dotti mammari: è una condizione che si presenta in una giovane donna quando permane una secrezione dalla pregressa ferita di un ascesso retro-areolare precedentemente drenato ovvero quando si ripresentano ascessi successivi. Nella patogenesi della fistola dei dotti mammari, si ipotizza la presenza di epitelio squamoso nei dotti, talvolta dilatati, in queste donne ove si riscontra molto spesso un capezzolo congenitamente introflesso. Si riscontra nelle donne giovani di età media sui 30 anni, alle quali è stato drenato un ascesso (o si è aperto spontaneamente): permane un capezzolo introflesso e un seno fistoloso in corrispondenza della cicatrice.



ascesso cronico della mammella sinistra



fistola

2] Retrazione del capezzolo: Spesso la retrazione del capezzolo si associa alla ectasia duttale e alla fistola dei dotti mammari; partendo da questo riscontro, sono state formulate 3 ipotesi:

- a) un fenomeno ostruttivo dovuto alla metaplasia squamosa dell' epitelio duttale (congenita o acquisita) porta alla ostruzione dei dotti, alla loro successiva dilatazione e al passaggio del contenuto duttale nel tessuto periduttale con conseguente flogosi.
- b) una dilatazione dei dotti prodotta dalla ipotrofia muscolare indotta da ormoni, o dalla ipersecrezione o dal mancato riassorbimento del secreto duttale.
- c) una condizione flogistica autoimmune o batterica con dilatazione secondaria dei dotti per una distruzione della parete.

Comunque generata, la flogosi periduttale porta fibrosi del tessuto con conseguente retrazione del capezzolo: questo fenomeno è talmente frequente da rappresentare una variante del normale processo di involuzione della mammella.

L' aspetto del capezzolo è caratteristico: si osserva una retrazione lineare in caso di ectasia duttale, mentre con la comparsa della flogosi (non sempre clinicamente manifesta) e delle sue sequele, la retrazione è complessa sino a raggiungere il quadro clinico del capezzolo invertito (acquisito). Questa ultima evenienza deve essere differenziata dal carcinoma con retrazione secondaria del capezzolo.

3] Secrezione dal capezzolo: questa evenienza è di frequente riscontro in corso di ectasia duttale/mastite periduttale; le secrezioni possono essere purisimili, biancastre, cremose, talvolta grigiastre o più raramente ematiche.

4] Tumefazioni associate: queste possono essere persistenti o intermittenti, centrali o periferiche e, talvolta è possibile palpare il dotto dilatato; in alcuni casi la tumefazione deve essere differenziata dall' ascesso retro-areolare e in particolare dal carcinoma retro-areolare.

5] Tumefazione evanescente: questo quadro clinico è molto frequente in corso di ectasia duttale/mastite periduttale: la tumefazione è piccola (circa 2 cm di diametro), solidale con il capezzolo ma libera dai tessuti mammari sottostanti, dolente, localizzata in sede retro-areolare, permane alcuni giorni (7-10) e scompare da sola.

6] Tumefazione ricorrente: in alcuni casi, nella stessa sede ove era comparsa la tumefazione evanescente, si ripresenta dopo mesi o anni un' altra tumefazione; ad ogni ricomparsa, la tumefazione diviene sempre più dura, fina ad avere le caratteristiche di una tumefazione persistente (vedi)

7] Tumefazione persistente: in questo caso, la tumefazione è fissa, ben definita contenente macrofagi e cellule infiammatorie; deve essere differenziata dal carcinoma mammario. In alcuni casi prevalgono gli aspetti clinici della flogosi, e la lesione simula in tutto un carcinoma infiammatorio anche alla mammografia.

8] Ascesso: in qualunque momento una delle tumefazioni descritte può procedere verso l' ascessualizzazione para-areolare, con un aggravamento del quadro clinico locale e generale.

9] Tumefazione periferica: In altri casi l' ectasia si propaga ai dotti di 2° e 3° ordine, e si manifesta con una o più tumefazioni, evanescenti o persistenti, ad insorgenza acuta o cronica (questa ultima viene alcune volte detta "mastite granulomatosa"), localizzate lontano dal capezzolo.

10] Mastalgia: anche se risulta difficile provarlo, molte mastalgie non cicliche hanno la loro origine nella mastite periduttale.

11] *Eczema*: in alcuni casi, è stato evidenziato un eczema dell' areola in concomitanza alla secrezione duttale: la rimozione del dotto responsabile della secrezione, ha risolto l' eczema

12] *Ectasia duttale del neonato*: possono essere interessati in uguale percentuale maschi e femmine ed è dovuta al passaggio attraverso la placenta di ormoni materni: in alcuni casi si osserva la secrezione di liquido anche ematico dal capezzolo del/la neonato/a; la risoluzione di questo fenomeno è spontanea

13] *Ectasia duttale nell' uomo*: è un fenomeno raro che tuttavia è stato descritto: si presenta le stesse modalità descritte nella donna.

DIAGNOSI : è una affezione spesso della postmenopausa caratterizzata da perdite dal capezzolo, si osservano anche formazioni cordoniformi a partenza retro-areolare, talvolta dolenti; questa forma può evolvere in comedo mastite: compare come una tumefazione para-areolare accompagnata da secrezione amorfa dal capezzolo, ascessi ricorrenti (sterili o batterici): quando vi è una secrezione, la diagnosi differenziale deve porsi con il carcinoma (con il comedocarcinoma: esame citologico del secreto), con la comedo mastite e con le altre cause di secrezioni dal capezzolo , mentre la retrazione del capezzolo simula il carcinoma retro-areolare.

TERAPIA

In genere questa affezione non deve essere trattata, almeno se le secrezioni sono scarse.

Terapia medica: per la ectasia duttale/mastite periduttale non complicata non vi sono terapie efficaci. Per le complicanze (eczema dell' areola, ascesso, mastalgia) si possono consigliare opportuni trattamenti mirati al caso in esame. Per la *galattorrea*, se causata da iperprolattinemia si può proporre l' impiego della Bromocriptina: questa molecola è invece poco tollerata e altrettanto efficace per i casi con prolattinemia normale. Per il trattamento della *mastalgia non ciclica* sostenuta dalla mastite periduttale si rimanda al capitolo dedicato. La terapia antibiotica è invece necessaria per quelle forme che presentano aspetti infiammatori sostenuti da batteri; le *infezioni* sono per lo più causate da anaerobi e stafilococchi, e rispondono all' associazione di metronidazolo con la flucloxacillina eventualmente aggiunti alla eritromicina se non si osserva una risposta, sempre in attesa dell' antibiogramma dal materiale prelevato in precedenza (quando possibile). L' antibiotico-terapia protratta per almeno 2 settimane, è particolarmente indicata per il trattamento conservativo di quelle forme recidivanti, o in preparazione all' intervento chirurgico ovvero nel postoperatorio in interventi chirurgici mammari per infezioni (comunque queste si presentino). Per l' *eczema* si può ricorrere a trattamenti locali con pomate.

Terapia chirurgica: le indicazioni alla chirurgia della ectasia duttale/mastite periduttale sono tutto sommato infrequenti in quanto questa affezione nella maggior parte dei casi è asintomatica e autolimitante, tuttavia vi sono casi in cui l' intervento chirurgico è richiesto. Nel prendere in considerazione l' intervento occorre avere presente oltre alle complicanze dell' atto chirurgico (ricidiva comprese), dei risultati estetici e, in particolare della possibilità di una mastalgia post-chirurgica e delle conseguenze della cicatrice nelle successive indagini clinico-strumentali. Le indicazioni alla chirurgia sono sintetizzate alla Tab.

INDICAZIONI ALLA CHIRURGIA

- Secrezione sierosa, ematica dal capezzolo
- Correzione estetica della capezzolo retratto
- Exeresi diagnostica di una tumefazione retro-areolare
- Ascesso retro-areolare
- Fistola

- Eczema dell' areola intrattabile associato a secrezioni dal capezzolo
- Recidive in seguito ad intervento chirurgico

A] Secrezione dal capezzolo: dopo avere escluso il prolattinoma, se la secrezione non è abbondante e socialmente invalidante ovvero se non è sierosa/sieroematica, non vi è una indicazione alla terapia chirurgica. Se la donna ha superato i 40 anni e la secrezione è sierosa o sieroematica ove il rischio per carcinoma è significativamente alto: in questo caso vi è l' indicazione per ulteriori accertamenti (Rx mammografia ± galattografia) e soprattutto per l' exeresi totale dei dotti, soprattutto se la secrezione proviene da 2 o più pori.

B] Correzione estetica della capezzolo retratto: in genere sono le donne giovani con inversione congenita del capezzolo a richiedere questo intervento; in caso di retrazione acquisita da mastite perituttale è prevista una plastica del capezzolo nel corso della quale è eseguita l' exeresi dei dotti retro-areolari a fine diagnostico: occorre avvertire la donna sulla successiva impossibilità ad allattare, della denervazione del capezzolo, oltre ai rischi della necrosi del capezzolo.

C] L' exeresi diagnostica di una tumefazione retro-areolare è indicata soprattutto per le tumefazioni persistenti che si mostrano solide all' agoaspirazione; se non vi è materiale purulento, la ferita è fatta guarire per prima intenzione.

D] L' ascesso retro-areolare è evidenziato con l' agoaspirato; in genere è sufficiente una copertura antibiotica per risolvere il quadro clinico, in altri casi si procede al semplice drenaggio.

E] Fistola: vi è indicazione al trattamento conservativo solo per fistole singole, in giovani donne, con tendenza alla recidiva nello stesso punto; nei casi associati ad ascessi di grosse dimensioni, a fistole multiple o complesse, plurirecidue, con capezzolo introflesso, vi è l' indicazione all' exeresi totale dei dotti.

F] Eczema intrattabile dell' areola associato a secrezioni dal capezzolo: se l' eczema associato a secrezioni dal capezzolo si mostra intrattabile con le comuni terapie, vi è indicazione alla exeresi completa dei dotti.

G] Recidive in seguito ad intervento chirurgico: l' exeresi deve essere ampia e comprendere possibilmente tutti i dotti principali.

1) Complicanze degli interventi chirurgici sui dotti:

CAUSE DI RECIDIVE DI INTERVENTI PER PATOLOGIA DEI DOTTI MAMMARI

v Mancata o incompleta exeresi dei dotti patologici

v Secrezione persistente da exeresi insufficiente dei dotti

v Gravidanza troppo vicina all' intervento

v Recidiva della retrazione del capezzolo per intervento incompleto

v indicazioni chirurgiche non corrette

v Malattia controlaterale

BIBLIOGRAFIA

- Dixon J.M., Anderson T.J., & Al.: Mammary duct ectasia. British Journal of surgery 1983; 70: 601-603.

- Hughes L.E., Mansel R.E. & Webster D.J.T.: The duct ectasia/periductal mastitis complex. p.123 Tab.11.6 *in* Benign disorders and diseases of the breast - conceptual and clinical management. *Ed.* Ballière Tindall 1989.
- Maier W.P., Berger A. & Derrik B.M.: Periareolar abscess in the non-lactating breast. *American Journal of Surgery* 1982; 144: 352-361.
- Bundred N.J., Dixon J.M., & Coll.: Are the lesions of mammary duct ectasia sterile? *British Journal of Surgery* 1985; 72: 844-845.
- Leach R.D., Eykyn S.J. & Phyllips I.: Vaginal manipulation and breast abscesses. *British Medical Journal* 1981; 282: 610-611.
- Hughes L.E., Mansel R.E. & Webster D.J.T.: The duct ectasia/periductal mastitis complex. p.120 *in* Benign disorders and diseases of the breast - conceptual and clinical management. *Ed.* Ballière Tindall 1989.
- Stringel G.: Infantile mammary duct ectasia - a cause of bloody nipple discharge. *Journal of Pediatric Surgery* 1986; 21: 671-676.