

LE RAGADI DEL CAPEZZOLO

SUSANNA CENTUORI, RICCARDO DAVANZO

Gruppo di Lavoro sull'Allattamento al Seno, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

NIPPLE FISSURES

(M&B 5, 322-324, 1998)

Key words

Nipple fissures, Nipple thrush

Summary

The Authors review present knowledge on nipple fissures, a common breastfeeding problem, especially focusing on the etiology. The appropriate position and attachment of the baby to the breast during the feeds is particularly stressed for its preventive role on nipple fissures. Indications are also given on effective treatment. Finally, criteria for suspecting candidiasis of the nipple are suggested.

Le ragadi del capezzolo, assieme agli altri problemi fisici del seno come l'ingorgo e la mastite, rappresentano una causa importante di insuccesso dell'allattamento¹. La loro esatta prevalenza tuttavia resta mal definibile (quantomeno nella letteratura medica) sia perché le madri possono non riferire spontaneamente l'esistenza di questi problemi, sia perché vengono solitamente trascurati e sottodiagnosticati dai medici (ostetrici e pediatri), a cui le madri si rivolgono. Tuttavia, dai pochi studi della letteratura che descrivono le lesioni dermatologiche del capezzolo durante la prima settimana di allattamento, la prevalenza delle ragadi risulta piuttosto elevata (dal 65% al 76%)^{2,3}.

Va comunque chiarito che questi inconvenienti non rappresentano l'obbligo scotto che una donna deve pagare per allattare al seno il proprio bambino, perché sono prevenibili e curabili con relativa facilità.

Molte mamme, nei primi giorni dopo il parto, manifestano una dolenzia nella regione dei capezzoli quando il bambino si attacca ed esercita una pressione negativa; questo è dovuto semplicemente alla lentezza (latenza?) con cui il latte comincia a fuoriuscire. Perché ci sia l'eiezione del latte prodotto dagli acini, infatti, è necessario che questi siano spremuti dall'ossitocina (la cui produzione è indotta dagli stimoli esercitati sul capezzolo) e che il bambino abbia in bocca una porzione di seno tale da poter spremere con la lingua i seni galattofori situati al di sotto dell'areola. La mammella sarà quindi sottoposta a stress finché queste

due condizioni non si realizzeranno ma, appena la presa del bambino sarà adeguata, la poppata non farà più male. Il dolore, meccanismo di protezione evolutivo, anche in questo caso è presente solo quando qualcosa non va⁴.

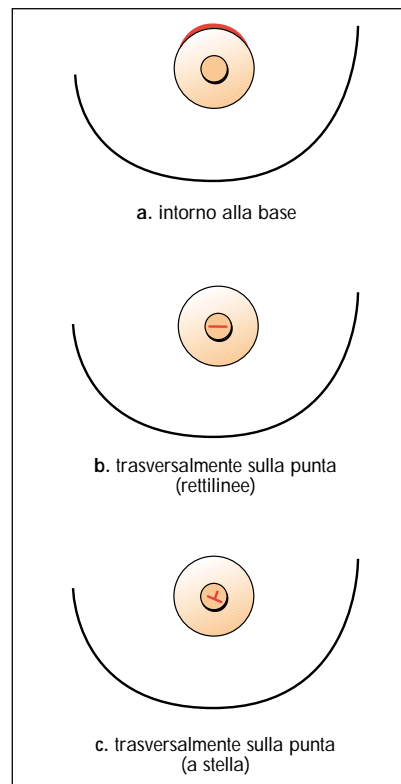


Figura 1. Differenti forme di ragadi del capezzolo.

Se, tuttavia, il cattivo posizionamento persiste, si viene a determinare un danno da frizionamento della cute del capezzolo: la ragade. Questa fissurazione del tessuto cutaneo di rivestimento può avere forme diverse in base alla localizzazione della lesione: curvilinea (se attorno alla base), ramificata o rettilinea (se localizzata sulla punta del capezzolo)⁵ (Figura 1). La soluzione di continuo nel tessuto, causando dolore durante la poppata (vissuto e sopportato diversamente da donna a donna), può portare a poppate limitate di numero e di durata, con l'insorgenza di problemi secondari, quali svuotamento incompleto del latte dal seno (e successivo ingorgo), insufficiente stimolazione riflessa alla produzione di prolattina con bassa produzione di latte¹. La ragade rappresenta inoltre una porta di ingresso per i batteri che, in caso di contemporanea presenza di ingorgo, può condurre a mastite.

LA PREVENZIONE DIPENDE DALLA VALIDITÀ DELLA POPPATA

Come abbiamo visto, l'insorgenza delle ragadi non dipende dal numero e dalla durata delle poppate⁶ come comunemente si crede (da cui la miserabile regola dei 5 minuti per parte, o anche meno nei primi giorni dopo il parto), ma dall'acquisizione, fin dal principio, di un buon posizionamento del bambino al seno^{7,8}. Il personale sanitario ospedaliero e del territorio dovrebbe avere la responsabilità di verificare la bontà della poppata in termini di posizione della madre, posizione del bambino rispetto al corpo della madre e attacco al seno del bambino.

Sinteticamente i criteri per garantire la bontà di una poppata sono^{1,5}:

- la posizione della mamma, qualunque essa sia, deve essere comoda e rilassata, per evitare stanchezza e contratture muscolari e favorire una corretta presa del bambino;
- se la madre sente la necessità di sostenere il seno, lo dovrebbe fare mantenendo la mano in posizione a C (pollice sopra e il resto delle dita sotto il seno corrispondente), cercando di evitare la classica posizione a forbice (suggerita, a dire il vero, da molte opere di famosi pittori) che prende il capezzolo tra l'indice e il medio, con possibile (anche se non automatico!) ostacolo alla fuoriuscita di latte per pressione sui seni galattiferi;
- il corpo del bambino deve essere ri-

volto verso quello della madre e a contatto con esso, in asse (testa, torace e arti inferiori), col naso del bambino in direzione del capezzolo;

- la bocca del bambino deve essere ben aperta in modo tale che buona parte dell'areola sia visibile al di sopra del labbro superiore ma non sotto quello inferiore (in tal modo i seni galattiferi possono essere ben spremuti dal movimento della lingua) (Figura 2);

- il mento del bambino deve essere aderente al seno (indicando indirettamente che non prende solo il capezzolo);

- il labbro inferiore deve essere estroflesso (se il bambino invece se lo succhia, va staccato dal seno per riprovare una presa corretta);

- le guance del bambino, durante le fasi attive della poppata, devono essere rotonde e piene senza la comparsa di fossette, che stanno invece a indicare che il bambino non sta eseguendo un lavoro di spremitura ma solo di suzione sul capezzolo;

- il ritmo di suzione deve essere regolare, lento e profondo, con una deglutizione al secondo (che la mamma può sentire) e un rapporto suzione/deglutizione che passa da 5:1 a 1:1 man mano che l'eiezione di latte aumenta (dall'inizio alla fine della poppata e col passare delle poppate nei primi giorni dopo il parto).

Il bambino si stacca dal seno da solo quando ha finito di succhiare. Ridurre la durata della poppata non protegge il capezzolo dal danno e non permette al bambino di assumere la parte più ricca in grassi, che viene prodotta proprio alla fine di questa. Se è proprio necessario staccarlo prima che si stacchi spontaneamente, bisogna aver cura di infilargli un dito in corrispondenza dell'angolo della bocca, in modo da evitare tensioni sul capezzolo e sull'areola⁸.

Per non eliminare la protezione naturale del capezzolo che deriva dalla secrezione sebacea delle ghiandole del Montgomery ai limiti dell'areola mammaria, e per non disorientare l'olfatto del bambino, la mamma non dovrebbe pulire il seno con detergenti speciali (i famosi topic) né prima né dopo la poppata, ma limitarsi, anche per il seno, all'usuale igiene valida per il resto del corpo (quindi bagno o doccia con sapone normale una volta al giorno). Uno studio clinico randomizzato condotto presso l'Istituto per l'Infanzia di Trieste e appena ultimato documenta come l'uso di topic non prevenga l'insorgenza di ragadi.

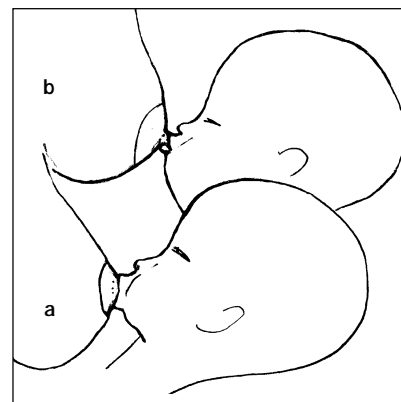


Figura 2. Confronto fra attacco adeguato (a) e non adeguato (b) del bambino al seno materno.

TRATTAMENTO

Non occorre por fine alla suzione dal seno se è presente una ragade. Generalmente correggendo la posizione di attacco, se non ci sono altri problemi sovrapposti, il dolore recede rapidamente. L'approccio terapeutico può essere così riassunto^{1,5}:

- correggere le modalità d'attacco del bambino al seno (è l'intervento più importante, che può addirittura "miracolosamente" evitare alla madre con ragadi di sentire dolore);

- smettere di usare saponi o detergenti;
- scoraggiare l'applicazione di medicinali locali (pomate di vario tipo, topic, garzette stimolanti la cicatrizzazione, argilla, coppette d'argento); alcune di queste danno un senso di benessere locale immediato (che è poi il motivo per cui hanno tanto successo commerciale), ma non è provato che siano efficaci nell'accelerare i tempi di guarigione e in alcuni casi esiste il fondato sospetto che possano peggiorare la situazione; gli studi trovati in letteratura sono risultati per lo più inconcludenti e il loro limite maggiore è stato quello di non aver tenuto in considerazione la presenza o meno di un'adeguata posizione del bambino e di un adeguato attaccamento al seno^{8,11};

- suggerire di iniziare la poppata dal seno controlaterale, per poi passare a quello con la ragade quando il latte è più prontamente disponibile, essendo il riflesso di eiezione già iniziato, stimolato dalla suzione al seno opposto;

- dopo ogni poppata si può lasciare sul capezzolo una goccia di latte ad asciugare; non è ben dimostrato che le proprietà antibatteriche del latte materno ne facilitino realmente la guarigione ma,

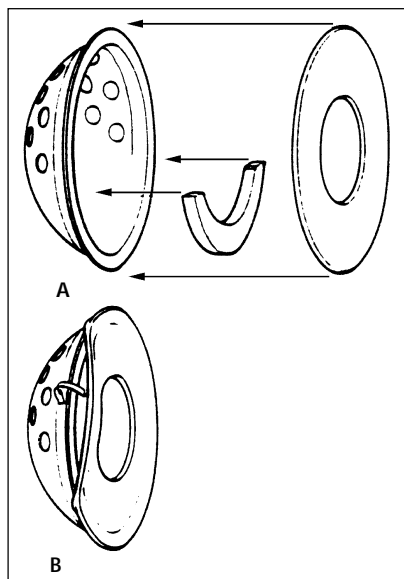


Figura 3. Coppette antiragadi. A. Componenti della coppetta. B. Coppetta proteggi-capezzolo (da R. Davanzo: Manuale dell'allattamento al seno, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1995).

rispetto alle varie pomate solitamente suggerite, il latte materno è perlomeno un rimedio naturale, gratuito e sicuramente innocuo^{8,10};

□ fra una poppata e l'altra, se possibile, esporre i capezzoli all'aria e, meglio ancora (stagione permettendo), brevemente al sole; in inverno suggerire l'uso per qualche minuto dell'asciugacapelli;

□ eventualmente portare, tra una poppata e l'altra, delle coppette antiragadi, che permettono al capezzolo di starsene separato dai vestiti e asciutto, protetto da una cupola traforata che permette l'aerazione (Figura 3);

□ evitare l'uso dei paracapeczoli, che al problema delle ragadi ne aggiunge degli altri, quali il disorientamento del bambino nel succhiare il seno e l'insufficiente stimolazione sensitivo-ormonale con conseguente bassa produzione di latte.

Ricordiamo che l'ingestione da parte del bambino di sangue da una ragade materna non è motivo che controindica l'allattamento al seno.

CANDIDIASI DEL SENO

Talvolta una ragade del capezzolo nasconde una candidiasi, patologia sicuramente poco conosciuta e quindi sotto-diagnosticata. Sospetteremo questa condizione nei casi seguenti¹:

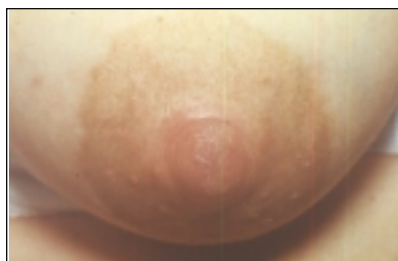


Figura 4. Colorito salmone delle lesioni da *Candida* al capezzolo.

1. presenza nel bambino di dermatite da *Candida* nella regione del pannolino o di mugugno;
2. vaginite materna da *Candida*;
3. protratto uso di antibiotici, ad esempio dati alla madre in caso di taglio cesareo;
4. comparsa di dolore ai capezzoli dopo che la mamma ha già allattato per un periodo senza problemi;
5. mancata guarigione delle ragadi, nonostante la correzione dell'attacco del bambino al seno materno;
6. persistenza del dolore anche fra le poppate, a riposo (e non quindi solo durante la suzione, come per le ragadi usuali);
7. colorito salmone delle lesioni del capezzolo (Figura 4).

Nel caso della candidiasi tenere presenti le possibili fonti di ricontaminazione: ciuccio e biberon, che andranno sterilizzati; anche il partner della madre andrà contemporaneamente trattato.

Se il dolore da ragadi non permette di tollerare la suzione del bambino, rimuovere il latte dal seno finché la ragade guarisce e darlo così spremuto al bambino (idealmente mediante un bichierino per interferire il meno possibile con la suzione al seno).

Quello della candidiasi è l'unico caso in cui l'applicazione di un medicamento topico al capezzolo trova indicazione. Si applicherà dopo le poppate su entrambi i capezzoli e areole il gel di miconazolo o la sospensione di nistatina ad entrambi i capezzoli (per 7 giorni), oltre che curare l'eventuale compresenza di infezione da *Candida* nella madre e nel bambino. In caso di insuccesso si deve ipotizzare la risalita dell'infezione da *Candida* lungo i dotti galattofori (suggerita anche dalla presenza di un più intenso dolore trafittivo a partenza dal capezzolo) e si attuerà un trattamento sistemico (per esempio con ketoconazolo alle dosi di 200 mg, 4 volte al dì per os per 10 giorni).

Bibliografia

1. Autori Vari: *Promozione e pratica dell'allattamento al seno. Corso per operatori sanitari*. Regione autonoma Friuli-Venezia Giulia, UNICEF Italia, Ufficio per la Cooperazione Internazionale dell'IRCCS "Burlo Garofolo". Trieste, novembre 1996.
2. Ziemer MM, Pigeon JG: Skin Changes and Pain in the Nipple During the First Week of lactation. *JOGNN* 22(3), 247-56, 1993.
3. Ziemer MM, Cooper DM, Pigeon JG: Evaluation of a Dressing to Reduce Nipple Pain and Improve Nipple Skin Condition in Breastfeeding Women. *Nursing Research* 44 (6), 347-51, 1995.
4. Woolridge MW: Aetiology of sore nipples. *Midwifery* 2, 172-176, 1986.
5. Savage King F: *Helping Mother to Breastfeed*. AMREF, Nairobi, 1992. Cap. 5: Early problems.
6. De Carvalho M, Robertson S, Klaus MH: Does the duration and frequency of early breastfeeding affect nipple pain? *Birth* 11(2), 81-4, 1984.
7. Woolridge MW: The anatomy of infant sucking. *Midwifery* 2, 164-71, 1986.
8. Riordan J, Auerbach K: *Breastfeeding and Human Lactation*. Cap 9: The Breastfeeding Process. Jones and Bartlett Publishers, 1993.
9. Pugh LC, et al: A comparison of Topical Agents to relieve Nipple Pain and Enhance Breastfeeding. *Birth* 23(2), 88-93, 1996.
10. Buchko BL, Pugh LC, Bishop BA, Cochran JF, Smith LR, Lerew DJ: Confort Measures in Breastfeeding Primiparous Woman. *JOGNN* 23 (1), 46-52, 1994.
11. Lavergne NA: Does Application of Tea Bags to Sore Nipples While Breastfeeding Provide Effective Relief? *JOGNN* 26(1), 53-8, 1997.