

# Capezzolo introflesso e allattamento al seno: basta una siringa!

RICCARDO DAVANZO, CARLA PAVAN, SERGIO FACCHINI<sup>1</sup>

Unità Operativa di Neonatologia e TIN, <sup>1</sup>Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

**I**l capezzolo introflesso o rientrante (unilaterale o bilaterale) interessa circa il 7-9% delle puerpere, e viene a interferire con la capacità di iniziare e mantenere l'allattamento al seno<sup>1</sup>. L'impedimento psicologico è forse per la donna quello principale, dal momento che, durante una corretta presa del seno, il bambino dovrebbe attaccarsi piuttosto all'areola, superando quindi il mero fatto morfologico di un capezzolo rientrante.

Il difetto anatomico consiste nella brevità dei dotti galattofori e nella presenza di tessuto fibroso che, tirando verso l'interno il capezzolo, ne impediscono l'erezione. Nell'ambito del capezzolo non ben formato è importante distinguere la forma ombelicata (che, se stimolata, può protrudere) da quella invaginata (che solitamente non si riesce a tirare fuori). Quest'ultima compromette seriamente l'allattamento, e può richiedere una correzione cruenta con fini evidentemente estetici, dal momento che il trattamento chirurgico spesso richiede la sezione dei dotti galattofori con conse-

guente compromissione della capacità di allattare<sup>2</sup>.

Come soluzione per i capezzoli introflessi sono stati utilizzati diversi metodi. Fra quelli non invasivi ricorderemo innanzitutto gli *esercizi di Hoffman* (esercizi di stiramento manuale) e le *coppette modellatrici del capezzolo* (Figura 1); entrambi però risultano poco efficaci<sup>3</sup>.

Anche l'applicazione di una pressione negativa al capezzolo stira, senza comprometterli, i dotti galattofori, la muscolatura intrinseca del capezzolo e il tessuto connettivo ed elastico circostante. Passeremo brevemente in rassegna i metodi per creare questa pressione negativa.

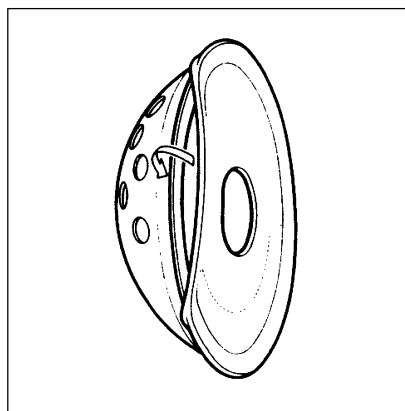


Figura 1. Coppette modellatrici del capezzolo.

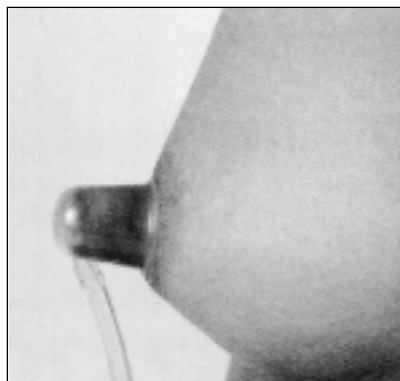


Figura 2. Nipplette.

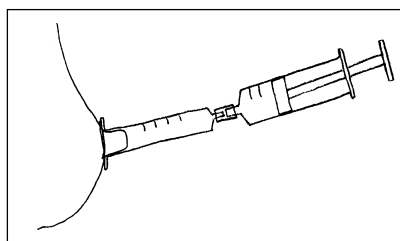


Figura 3. Metodo delle due siringhe di Gangal.

Negli ultimi anni è stato testato, presso il Queen Mary's University Hospital di Londra, un dispositivo a piccola coppa (ora in commercio anche in Italia con il nome di *Nipplette*, Avent) che, posto sul capezzolo, dopo aver creato il vuoto ed estroflesso il capezzolo, può essere lasciato addosso per lungo tempo (Figura 2)<sup>4</sup>. Per avere un risultato stabile, la coppa deve essere indossata anche in gravidanza per un minimo di 8 ore al giorno e/o di notte, per almeno 2-3 mesi. Il metodo, per funzionare, funziona, ma c'è il rischio del ricorso alla Nipplette anche in casi in cui non ci sia stretta necessità clinica e in un momento (la gravidanza, appunto) ben più precoce rispetto a quando eventualmente il problema si pone (cioè quando il neonato comincia ad attaccarsi al seno). Abusi simili hanno coinvolto e continuano a coinvolgere anche altri accessori connessi alla maternità quali i paracapezzoli, i topici anti-ragadi, le panciere riacquista-linea, i "latti per le donne che allattano" ecc.

A dire il vero la Nipplette altro non è che lo sviluppo di un marchingegno ben più semplice, noto in India da oltre 20 anni: la *doppia siringa di Gangal*. Consiste

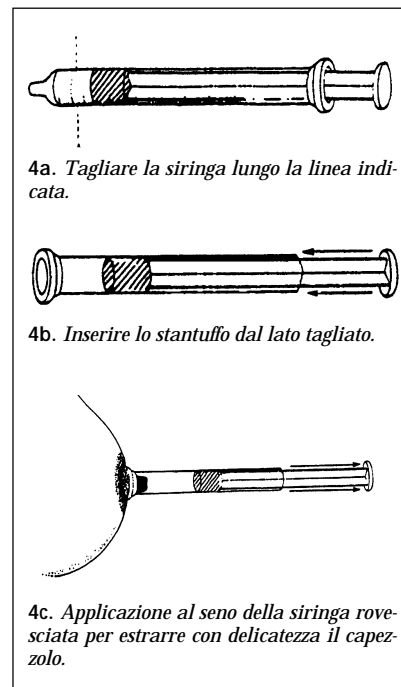


Figura 4. La siringa rovesciata di Kesaree.

nell'utilizzare due siringhe (originariamente una da 5 ml e una da 10 ml) a cui sono stati tolti gli aghi, unite mediante un tubicino di gomma di circa 5 cm, che si può facilmente ricavare da un comune set per fleboclisi. Alla siringa da 5 ml viene tolto lo stantuffo e la sua estremità libera viene appoggiata sull'areola lasciando il capezzolo all'interno del lume. Si applica quindi il vuoto con la siringa da 10 ml e si aspira per 10-15 minuti per volta durante 5-7 giorni (Figura 3). La percentuale di successi attesa è, secondo la letteratura, molto elevata<sup>6</sup>. Presso il nostro Istituto abbiamo verificato come le siringhe da 5 e 10 ml possano anche essere rispettivamente sostituite (a seconda delle dimensioni del capezzolo che si viene a trattare) da una siringa da 10 e 20 ml.

Un sistema ancora più elementare, e altrettanto efficace, per effettuare questa aspirazione è la *siringa singola di Kesaree*<sup>7,8</sup>. Ci si procura una siringa di di-

mensioni idonee (da 5, 10 o 20 ml) e le si toglie l'ago e lo stantuffo. Si tagliano poi con un coltello i 2 cm terminali della camera esterna (dove stava attaccato l'ago), e la si reinfila al contrario sopra lo stantuffo, ottenendo così una pompeta semi-artigianale (Figura 4). Si usa per tirar fuori il capezzolo prima della poppata al seno, esercitando una pressione negativa per 30-40 secondi alla volta. Si tratta di un sistema di immediata reperibilità, facile riproducibilità, al costo di una sola siringa, che non richiede nemmeno di doversi procurare il raccordo di gomma citato per il metodo della doppia siringa.

Quando, nonostante i metodi prima illustrati, il problema del capezzolo introflesso non dovesse essere risolto, resta peraltro sempre l'opzione (per consentire comunque di mantenere l'allattamento materno) di suggerire alla madre di spremersi il latte dal seno per somministrarlo direttamente al bambino.

#### Bibliografia

1. Centuori S, Burmaz T, Ronfani L, Fragiaco M, Quintero Romero S, Pavan C, Davanzo R, Cattaneo A: Nipple care, sore nipple and breastfeeding: a randomized trial. *J Hum Lact*, in press.
2. Terrill PJ, Stapleton MJ: The inverted nipple: to cut the ducts or not? *Brit J Plast Surg* 44, 372-377, 1991.
3. Alexander JM, Grant AM, Campbell MJ: Randomized controlled trial of breast shells and Hoffman's exercises for inverted and non-protractile nipples. *BMJ* 304, 1030-2, 1992.
4. Mc George DD: The "Nipplette": an instrument for non-surgical correction of inverted nipple. *Br J Plast Surg* 47, 46-49, 1994.
5. Gangal HT, Gangal MH: Suction method for correcting flat nipples or inverted nipples. *Plast Reconstr Surg* 61, 294-6, 1978.
6. Ozcan M, Kahveci R: The "Nipplette" for the non-surgical correction of inverted nipples. *Br J Plast Surg (Letter)* 47, 115, 1994.
7. Kesaree N: Treatment of inverted nipples using disposable syringe. *Indian Pediatrics* 30, 429-430 1993.
8. AAVV: *Promozione e pratica dell'allattamento al seno: corso per operatori sanitari*. Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste, Comitato per l'UNICEF. Prima edizione italiana, Trieste 1996.

## Epatite: l'alfabeto al di qua e al di là del mare

MIRIS MARANI, MAURO POCECCO

Divisione Pediatrica, Ospedale Bufalini, Cesena

Christo è un bambino di due anni, indiano, recentemente adottato, che sta bene e che viene portato, come spesso avviene in questi casi, "per un tagliando". Si scoprono delle transaminasi elevate (TGO 253 e TGP 282 UI/l che, dopo una impennata a livelli di 1263 e 1374 rispettivamente, ridiscenderanno progressivamente fino a livelli normali nell'arco di 1 mese e mezzo) senza contemporanea elevazione delle CPK (41 UI/l). Non c'è ittero, il fegato è palpabile a 1 cm dall'arcata costale, e appare di morfologia normale all'ecografia. L'assenza di dati anamnestici certi non ci permette di stabilire l'inizio della malattia, ma l'andamento delle transaminasi e una fugace positività delle IgM per HCV ci fanno ritenere inizialmente di

trovarci di fronte a una forma acuta di epatite C. In realtà controlli delle IgM e la ricerca diretta del virus C (HCV-RNA) risulteranno successivamente negativi. Gli indici di colostasi sono mossi: gGT 87 UI/l, fosfatasi alcalina 1078 UI/l. La bilirubina totale è di 0.8 mg%, e gli indici di flogosi sono normali (GB 8100, VES 25, Prot. C reattiva negativa). Non ci sono segni di insufficienza epatica (ammoniemia 54 mcg/dl, prove di coagulazione normali). Viene esclusa una epatite A (IgG specifiche presenti, IgM assenti), si scopre che il bambino è stato con ogni verosimiglianza vaccinato per epatite B (IgG per HBV presenti a un titolo di 707 mUI/ml con IgM specifiche assenti). Non vi è evidenza di un'epatite infettiva di altra natura (IgM per EB vi-

rus, virus citomegalico, *Treponema pallidum*, HIV e ricerca del plasmodio della malaria su goccia spessa di sangue negativi). La natura autoimmune dell'epatopatia non è sostenuta dalla positività di nessuno dei seguenti autoanticorpi, risultati tutti negativi: anticorpi antimitocondrio, antinucleo, EMA, antimuscolo liscio, ANCA, anti-LKM. Inoltre il livello delle IgG (1670 mg/dl) è normale. L'ipotesi iatrogena non può essere esclusa, ma appare improbabile: il bambino ha assunto l'isoniazide almeno 3 mesi prima del ricovero attuale per una presunta diagnosi di tubercolosi (ora l'intra-dermoreazione alla tubercolina e la radiografia del torace sono negative). A questo punto abbiamo considerato l'ipotesi di una epatite E, non ancora descritta in Italia, ma frequente nei paesi sottosviluppati (specie del sud-est asiatico e India). Si tratta di una forma a trasmissione oro-fecale molto simile all'epatite A, con rara propensione alla cronicizzazione, che interessa i bambini e le donne in gravidanza. Abbiamo eseguito un dosaggio degli anticorpi HEV, che sono risultati positivi. Superata la fase acuta, la prognosi è buona.