

La mammella è parte della parete toracica: per la sua esplorazione sono valide le stesse tecniche dell'indagine semeiologica, cioè ispezione e palpazione. La regione mammaria è una regione che si estende dal II° al V° spazio intercostale tra le linee parasternali e ascellare anteriore: in questa zona si trova l'impianto della mammella.

Essa può essere suddivisa mediante due linee tra loro perpendicolari e intersecantesi in corrispondenza del capezzolo in 4 quadranti.

Dal quadrante laterale superiore spesso origina un prolungamento in direzione del cavo dell'ascella che viene detto "corno ascellare". Questo può giungere fino all'apice dell'ascella o addirittura determinare la formazione di una terza mammella. Sia nell'uomo che nella donna, inoltre, possono essere presenti capezzoli sovranumerari (politelia) disposti lungo una linea che unisce il capezzolo al pube ("linea del latte"). Il riscontro di questi capezzoli è di poca importanza nella patologia se non nella diagnosi differenziale con altre formazioni cutanee.

Oltre alla suddivisione della mammella in 4 quadranti è utile associare a questi una zona centrale comprendente l'areola e il capezzolo. La cute è molto diversa tra la regione mammaria e quella areolare: la prima è interessata dal parenchima ghiandolare mentre la seconda dai dotti galattofori.

Anche il drenaggio linfatico è diverso a seconda della regione: i quadranti laterali hanno drenaggio in direzione del linfocentro ascellare, la regione areolare e i quadranti mediali oltre che al linfocentro ascellare drenano nella catena linfonodale mammaria interna.

#### ISPEZIONE

Le mammelle vanno ispezionate comparativamente. E' importante osservare lo stato dei tegumenti: spesso una mammella che era di dimensioni cospicue e che si è ristretta presenta strie o smagliature di colore madreperlaceo simile alle strie gravidiche dell'addome. Strie di colore cianotico possono avere significato disendocrino. La cute può essere interessata da fenomeni flogistici: nella mastite acuta (frequente nella donna che allatta) la cute è arrossata, tesa e lucida oltre a presentare gli altri segni dell'infiammazione. La mastite carcinomatosa può simulare una mastite acuta, ma non ha tutti i segni della flogosi acuta (rubor, calor, tumor, dolor, laesa functio).

La cute del capezzolo e dell'areola può essere interessata da eczema: esso è un'alterazione flogistico-distrofica della cute caratterizzata da arrossamento, disepitelizzazione, secrezione, bruciore etc.

L'eczema del capezzolo può avere un significato neoplastico; un eczema che non guarisce in tempi ragionevoli con le cure appropriate, fa sospettare la malattia di Paget del capezzolo, che è lesione neoplastica.

Il capezzolo nella donna che allatta può essere sede di ragadi, ulcere lineari che non tendono a guarire. Le ragadi sono provocate dalla suzione del lattante; esse si dimostrano come tagli arrossati, spesso sanguinanti e intensamente dolorosi.

Il capezzolo può essere sede inoltre di altre alterazioni ulcerative: ulcera luetica, tubercolare, ecc. Queste lesioni hanno le caratteristiche proprie delle malattie cui corrispondono.

La cute della mammella può essere interessata da un fatto neoplastico della ghiandola sottostante: si può determinare una certa retrazione o fissità in un punto della cute mammaria, che presenta una minore luminosità a luce radente ("segno della smorfia"). Quando questo segno è presente sopra una massa sottostante palpabile, questo è segnale di malignità del nodulo.

La fase successiva è la cosiddetta "buccia d'arancia": la superficie della mammella presenta numerose depressioni puntiformi. Questo segno è sempre sinonimo di malignità in fase avanzata. Il tumore nasce solitamente nell'area della ghiandola mammaria: tanto più precocemente un tumore è palpabile quanto più è superficiale rispetto alla massa ghiandolare e quanto meno è abbondante il pannicolo adiposo. Se il tumore è o diventa infiltrante, può dirigersi verso la cute e possono allora costituirsi come dei "tiranti", i quali retraggono la cute verso il tumore con la caratteristica comparsa appunto dell'aspetto a buccia di arancia.

Quando questo fenomeno non è visibile lo si può provocare sollevando la cute della mammella verso l'alto; quando la fase tumorale è in stadio più avanzato questo fenomeno è visibile senza bisogno di eseguire questa manovra. La presenza visibile della buccia d'arancia indica che il tumore si è avvicinato ai distretti cutanei: è questo un segno tardivo di malignità del tumore. La tappa successiva è

data dall'interessamento tumorale della cute la quale viene erosa con formazione dell'ulcera neoplastica. Per una corretta ispezione bisogna fare assumere alla paziente inizialmente una posizione seduta e poi una posizione supina. Con la posizione seduta si mette in evidenza la simmetria delle mammelle, comparandone il volume e valutando l'orizzontalità della linea che unisce tra di loro i due capezzoli. Se una mammella è più alta rispetto alla controlaterale ed inoltre è più fissa dell'altra, questo può essere un segno di lesione neoplastica che fissa la ghiandola posteriormente. Facendo poi sollevare in alto le braccia, le mammelle s'innalzano seguendo il movimento degli arti: il caso contrario significa che può essere in atto un processo tumorale in fase avanzata per lo stesso meccanismo di cui sopra. All'ispezione a paziente supina l'esaminatore deve avere la sensazione, in condizioni normali, che la mammella si adagi sulla parete toracica. Altro dato ispettivo è la retrazione del capezzolo il quale può presentarsi introflesso o appiattito: questo reperto può essere senza particolare significato se il capezzolo si è sempre presentato in tale maniera, ma può essere anche divenuto tale in un secondo tempo ed essere quindi espressione di cancro. Un tumore infatti che interessa i dotti galattofori crea un'infiltrazione intorno ai dotti stessi provocando la retrazione di questi

e introflessione del capezzolo. La mammella può essere deformata da una massa in essa contenuta: nelle mammelle piccole e magre un nodulo è più rapidamente visibile e palpabile rispetto a uno che si trovi in una mammella grassa e grossa.

#### PALPAZIONE

La palpazione va eseguita a paziente supina. Il primo approccio va fatto a mano aperta e la mammella va premuta dolcemente contro la parete toracica: si avverte se c'è una differenza di consistenza tra una mammella e l'altra o se è presente alcunchè di palpabile.

In genere un tumore benigno non si riesce a palpare in queste condizioni al contrario di un tumore maligno; questa regola tuttavia presenta molte eccezioni. Bisogna preventivamente informarsi dalla paziente sulla sede del nodulo da lei eventualmente avvertito o se dal capezzolo si è avuta secrezione: questa può essere fenomeno normale nel neonato per un'azione ormonale, nell'adulto è di solito espressione di patologia. La secrezione di solito è sierosa o siero-ematica o francamente ematica; bisogna esaminare se si tratta di vera escrezione o se è il capezzolo che sanguina: si "spreme" allora il capezzolo per poter osservare il tipo di secrezione. Nell'adulto la secrezione emorragica dal

capezzolo è spesso dovuta a lesione dei dotti galattofori: papilloma o epitelioma dendritico del capezzolo.

Per ottenere più fini risultati dalla palpazione si può far contrarre il muscolo grande pettorale e ciò si ottiene facendo porre le mani sui fianchi esercitando pressione su questi. Il fine di tale manovra è di creare un piano solido sul quale la palpazione acquisti maggiore efficacia nel discernere formazioni anche profonde a diversa consistenza.

La palpazione può risvegliare dolore: questo è di solito espressione di un fenomeno flogistico o di un fattore che crei tensione nell'ambito della ghiandola. Dolore spontaneo insorge spesso senza significato patologico nella seconda parte del ciclo mestruale: il dolore mammario è detto mastodinia.

Alla palpazione la mammella normale presenta consistenza morbida ed omogenea.

Nella ghiandola mammaria si possono formare cisti che si presentano come tumefazioni di consistenza teso-elastica, poco mobili, perché facenti parte del parenchima ghiandolare.

Mediante palpazione bimanuale si possono determinare le caratteristiche morfologiche di una massa. Questa manovra può essere effettuata a muscolo pettorale deteso o contratto a seconda che la massa sia superficiale o profonda. Un

nodulo che sfugge alla palpazione (il cosiddetto "topo mammario") è generalmente di natura benigna, come un fibroadenoma, che si presenta di consistenza dura, a superficie liscia e a margini ben delimitabili. Il nodulo maligno ha anch'esso consistenza dura, spesso lignea, ma esso è fisso, non sfugge sotto le dita, la superficie può essere irregolare e i margini indefiniti.

Per un corretto esame obiettivo della mammella non si possono escludere dalla palpazione la regione ascellare e sopraclaveare. La paziente va posta seduta di fronte all'osservatore affinché si possa palpare con la mano destra il cavo ascellare sinistro e viceversa.

Nel cavo ascellare si riconoscono quattro gruppi linfonodali:

1) gruppo apicale: posto in corrispondenza

dell'origine della linea ascellare media.

2) gruppo posteriore: retroscapolare

3) gruppo sottoclaveare: nella fossetta di Morenheim

4) gruppo pettorale: accolto tra i due muscoli pettorali. Questi

linfonodi, detti linfonodi di Rotter, sono

importanti perchè sono i primi ad essere

attaccati dal cancro mammario in via diretta.

In condizioni normali non è palpabile alcun linfonodo se non i linfonodi apicali che, drenando anche il sistema linfatico dell'arto superiore, possono diventare palpabili più facilmente degli altri, anche per motivi banali.

Se i linfonodi, oltre che ad aumentare di volume e di



consistenza, sono associati ad una neoformazione ghiandolare può essere posta diagnosi probabile di neoplasia mammaria con metastasi nei linfonodi ascellari. Qualche volta, soprattutto per il margine laterale della ghiandola mammaria, la tumefazione che si palpa giace sul muscolo grande dentato, motivo per cui, facendolo contrarre, si pongono meglio in evidenza i caratteri di questa.

Per operare tale manovra si fa appoggiare la mano della paziente sulla spalla dell'esaminatore e quindi si fa spingere.

Ogni qualvolta si presenti alla palpazione una massa ghiandolare mammaria palpabile è tassativo procedere alla semeiologia strumentale