Mastodinia ciclica e non ciclica

Linee guida per la pratica clinica

A cura di: Paolo Spriano – MMG Milano

Key words: mastodinia, linee guida, imaging

Il dolore al seno (o mastodinia) e la tensione mammaria sono sintomi molto comuni in donne che si presentano in uno studio medico per richiedere un qualsiasi esame di imaging della mammella (mammografia, ecografia ecc.). Questa condizione si verifica nel 70% - 80% delle donne almeno una volta nella vita. Il dolore al seno, dopo il nodulo, è il secondo sintomo mammario più comune che induce la donna a rivolgersi al medico, anche in donne di età avanzata. Nonostante il problema sia comune, la letteratura sull'argomento è relativamente eterogenea nelle conclusioni per l'eziologia e la gestione. (1)

Il dolore al seno comprende essenzialmente due tipi principali, ciclico e non ciclico, e va distinto dal dolore extra-mammario. L'eziologia della mastodinia non è ben chiara, probabilmente è multifattoriale, in particolare nei casi di mastodinia ciclica. I farmaci ormonali, tra cui la terapia ormonale sostitutiva, i contraccettivi orali e i trattamenti per la sterilità, possono causare tensione e dolore al seno. Tra gli altri farmaci implicati vanno citati gli antidepressivi inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina. Il 25% delle donne con dolore non ciclico presenta ectasia dei dotti con dolore retroareolare e ipersensibilità tattile. (2)

Le linee guida sulla gestione della mastodinia raccomandano l'opportunità della definizione clinica della distribuzione del dolore. Discriminando tra: il dolore "diffuso", ossia il dolore che coinvolge un'area > 25% del tessuto mammario e ascellare; un dolore "focale", che è il dolore del tessuto mammario e ascellare

La forma ciclica di mastodinia, è la più comune, è diffusa con dolore unilaterale o bilaterale e, spesso accompagnata da tensione mammaria, che cresce e decresce con il ciclo mestruale. Questa interessa fino al 70% delle donne con dolore al seno, non soddisfa i criteri comunemente accettati per la sindrome premenstruale, configurandosi come un'entità distinta. Circa il 14% e il 20% di queste pazienti presenta risoluzione spontanea entro 3 mesi. Alcune donne hanno aumento della gravità dei sintomi fino alla menopausa, momento in cui si ha la risoluzione in circa il 40% dei casi. Il dolore ciclico è solitamente trattato in modo sintomatico. Le donne che iniziano ad avere dolore ciclico prima dei 20 anni di solito hanno un decorso prolungato e tendono a subire più frequenti indagini della mammella (consulti specialistici, mammografie, ago-biopsie) rispetto alle altre. (3)

Il dolore non ciclico, rappresenta circa il 25% dei casi di dolore al seno, è prevalentemente di natura infiammatoria piuttosto che ormonale e di solito è unilaterale. Ha tendenza ad essere più focale rispetto alla mastodinia ciclica. L'area del dolore è ben localizzabile e riproducibile, sia da parte del paziente che del medico. Questo tipo di dolore, anche in assenza di altri segni o sintomi, può richiedere una valutazione supplementare per identificare una lesione mammaria benigna o maligna.

Il dolore non è un sintomo comune di esordio del tumore della mammella e in questi casi la probabilità di cancro al seno è estremamente bassa, particolarmente in assenza di altri segni o sintomi. Alcuni studi suggeriscono un aumento del rischio nelle donne in premenopausa ed è dimostrato che i casi con dolore intenso e prolungato durante i cicli mestruali hanno maggiore probabilità di una mammella mammograficamente molto densa, elemento che rappresenta un fattore di rischio per tumore della mammella (4). Bisogna comunque considerare che i tumori avanzati della mammella possono presentarsi con dolore come unico sintomo, soprattutto se a localizzazione profonda o con invasione della parete toracica.

Per tutti i tipi di dolore al seno, l'imaging della mammella può essere utile nel determinarne eziologia e processi di cura. L'American College of Radiology (ACR) ha pubblicato le linee guida per le Performance di Screening e Diagnostica Mammografica (5) di cui si riporta una sintesi delle raccomandazioni:

- L'imaging della mammella, per le donne che si presentano con vari tipi di dolore al seno come unico sintomo, si concentra sulle donne "non a rischio" e assume che tutte le donne, con o senza sintomi mammari, avranno una mammografia di routine secondo le linee guida ACR in base al rischio individuale e alla storia personale.
- Le donne con dolore mammario, non focale ciclico e/o bilaterale o dolenzia, di solito non richiedono un imaging extra-routine a causa della bassa probabilità di trovare una causa specifica.
- L'imaging in pazienti con dolore al seno non ciclico, unilaterale o focale, non di origine extra-mammaria (per es. dolore della parete toracica) può essere appropriato per escludere la presenza di una neoplasia mammaria, che peraltro è poco probabile come causa del dolore. Questo sarà utile per determinare un'eventuale eziologia benigna, ma curabile, o per offrire alla paziente una rassicurazione sull'assenza di alterazioni anatomiche della mammella tenendo conto che:
 - o Nelle donne sintomatiche con meno di 30 anni di età, l'ecografia è più accurata della mammografia nel fare diagnosi.
 - o Nel gruppo di età da 30 a 39 anni, può essere opportuno aggiungere all'ecografia una mammografia, dal momento che alcuni dei piccoli tumori, limitrofi all'area del dolore, sono visibili solo mammograficamente.
 - o La mammografia può anche essere indicata in pazienti di età inferiore ai 30 anni, se l'esame ecografico evidenzia una lesione sospetta, o se la storia, o il livello di rischio del paziente giustificano l'esposizione a radiazioni ionizzanti.
- La mammografia dovrebbe essere eseguita con l'ecografia in pazienti di età > 40 anni, o in pazienti di qualsiasi età, che normalmente eseguono una mammografia in base ai fattori di rischio e alla data di esecuzione dell'ultima mammografia.
- Non ci sono dati a supporto di un imaging della mammella con risonanza magnetica (MRI) o imaging di medicina nucleare o mammografia ad emissione di positroni [PEM]) che siano in grado di soddisfare i criteri di rischio/beneficio o di costo-efficacia da considerare utili in un percorso di diagnosi del dolore mammario.

Bibliografia

1.	Ader DN, Shriver CD. Cyclical mastalgia: prevalence and impact in an outpatient breast clinic sample. J Am Coll Surg. 1997;185(5):466-470
2.	Klimberg SV. Etiology and management of breast pain. In: Bland KI, Copeland EM, eds. The breast : comprehensive management of benign and malignant diseases. 4th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2009:87-96;123-128
3.	Onstad M, Stuckey A. Benign breast disorders. Obstet Gynecol Clin North Am. 2013;40(3):459-473
4.	Plu-Bureau G, et al.. Cyclical mastalgia and breast cancer risk: results of a French cohort study. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2006;15(6):1229-1231.
5.	Jokich PM et al, Expert Panel on Breast Imaging. ACR Appropriateness Criteria breast pain. Reston (VA): American College of Radiology (ACR); 2016. 11

Disclaimer

Servizio scientifico offerto alla Classe Medica da Physicians Interactive. Questa pubblicazione riflette i punti di vista e le esperienze dell'autore e non necessariamente quelli de Physicians Interactive.