

PATOLOGIA DEL CAPEZZOLO

Le teliti

Le teliti rappresentano una problematica seria e frustrante per il professionista e per l'allevatore. I risultati che i diversi approcci terapeutici garantiscono, sono lontani dalle aspettative di risoluzione.

Sottovalutata sul piano clinico, la telite rappresenta in realtà una delle problematiche del capezzolo che più spesso comportano l'eliminazione dell'animale per la sua anti-economicità, conseguente alla perdita del quarto.

Clinica

In caso di telite l'allevatore lamenta sempre una difficoltà nella mungitura di un quarto: lo scarico del latte è lento fino a essere addirittura assente e l'animale si dimostra irrequieto. La palpazione della punta del capezzolo è dolorosa per la bovina, che tira calci ogni qual volta la mano tocca il capezzolo.

Diagnosi

Alla palpazione si evidenzia una più o meno marcata tumefazione della punta capezzolare, uniforme in tutto il canale; altre volte si percepisce una tumefazione nodulare, più circoscritta a livello di punta del capezzolo, delle dimensioni di un grano di miglio fino a un piccolo pisello.

Il sondaggio della punta del capezzolo, deve avvenire con molta attenzione, per il dolore che questa procedura generalmente determina nell'animale. Il sondino procede nel canale del capezzolo con difficoltà; alcune volte il suo avanzamento può addirittura risultare impossibile.

Il catetere o il sondino che si utilizzano per questo esame, devono essere, naturalmente, sterili e l'introduzione deve essere preceduta da un'accurata disinfezione della punta del capezzolo. Si tratta di un accertamento, che deve essere impiegato con molta attenzione, per il trauma che, seppur lieve, si può determinare in una struttura anatomica già seriamente compromessa.

Molto utile è l'esame ultrasonografico, che permette di emettere una diagnosi precisa e anche di circoscrivere con precisione la sede della lesione/infezione. Circa le modalità dell'esame e le caratteristiche della strumentazione, si rimanda all'articolo pubblicato sul numero 5/2004 di Summa dal titolo "Stenosi del capezzolo: nuovi approcci diagnostici".

Terapia

La terapia della telite è sempre problematica, in relazione al recupero funzionale dell'animale.

La stessa terapia, applicata in diverse condizioni ambientali-gestionali, comporta risultati opposti.

La gestione post terapeutica del paziente è determinante per il successo della terapia.

Si tratta di approcci terapeutici lunghi: mediamente la lunghezza di una terapia è di 6-9 giorni, tra trattamento e attesa.

Giovanni Gnemmi*
Cristina Maraboli**
Giuliano Pisoni*
Manuela Rinaldi*
Chiara Vimercati*
Paolo Moroni*

*Dipartimento di Patologia
Animale, Igiene e Sanità
Pubblica Veterinaria, Sezione di
Malattie Infettive, Università
degli Studi di Milano
**Bovinevet



Foto 1. Disinfezione del capezzolo.



Foto 2. Inserimento del catetere sterile monouso in silicone per lo svuotamento del capezzolo.



Foto 3. Svuotamento del capezzolo.

In passato si è fatto ampio uso di cateteri permanenti, con lo scopo di mantenere beante il canale del capezzolo. Si trattava di cateteri in gomma, oppure di cateteri con anima di metallo, rivestiti di cotone, immersi in glicerina e disinfettante.

Un altro tipo di approccio prevede l'inserimento di un catetere esclusivamente per lo svuotamento del quarto alla mungitura; l'introduzione per ben due volte al giorno di un catetere aumenta in modo esponenziale il rischio di mastite, pur rispettando le normali indicazioni igieniche richieste dal caso.

Questi cateteri, se da un lato mantengono beante il canale del capezzolo, determinano anche e soprattutto, un'irritazione costante, comportandosi essi stessi come corpi estranei. Il risultato di questo tipo di intervento sono processi infiammatori di tipo proliferativo, interessanti zone più o meno ampie della cisterna del capezzolo [1, 2].

Altre volte il dilatatore, può determinare un parziale/completo distacco della mucosa del canale del capezzolo.

Per il tipo di risultati che questo tipo di approccio permette di ottenere, si può sostenere che la prognosi per il quarto colpito è spesso infausta.

In base all'esperienza degli autori e alla bibliografia internazionale [1, 2], l'approccio da preferire è, in parte, un'evoluzione della tradizionale terapia delle teliiti, associata a un periodo di riposo del capezzolo.

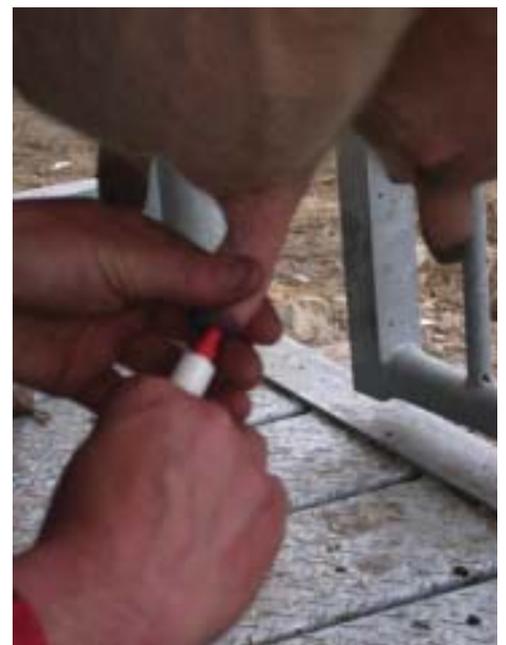


Foto 4. Inserimento della pomata antibiotica.



Foto 5. Inserimento del dilatatore.



Foto 6. Dilatatore inserito.



Foto 7. Dilatatori in silicone di diverso diametro in funzione delle dimensioni del canale del capezzolo (SIMPL Butler Company Dublin)



Foto 8. Dilatatore in silicone (Keratelin Dr Fritz, Germany).



Foto 9. Dilatatori in glicerina cortisone (Keratelin Plus Dr Fritz Germany).

Per lavorare in condizioni ottimali, la terapia deve essere realizzata ponendo l'animale in arna, o in assenza di quest'ultima, contenendolo l'animale con un para calci applicato alla piega della grassella. Dopo aver disinfettato perfettamente il capezzolo e la punta del capezzolo (foto 1), si provvede allo svuotamento del latte, preferibilmente con un catetere morbido da drenaggio atraumatico (foto 2-3) in silicone. Si medica il quarto con una pomata antibiotica endomammaria (foto 4) e quindi si provvede a inserire un dilatatore permanente in silicone (foto 5-6). Vi sono diversi tipi di dilatatori (foto 7, 8, 9), ma l'importante è che siano in sili-

Sintomi di telite

I sintomi classici della telite sono:

- deflusso del latte lento/assente;
- dolore alla palpazione della punta del capezzolo;
- tumefazione di piccole dimensioni presso il canale del capezzolo.

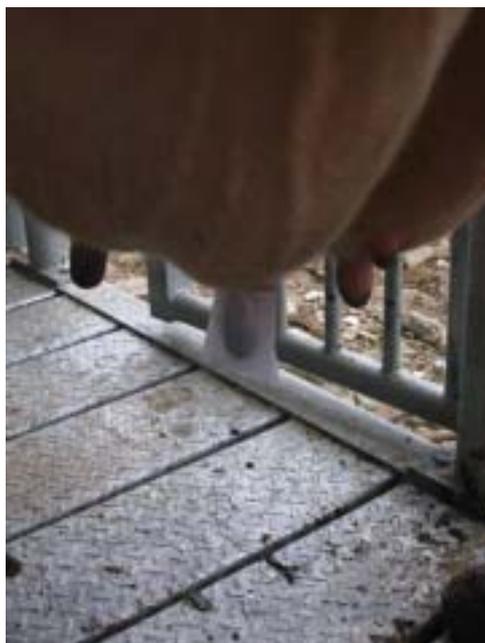


Foto 10. Prima fase della medicazione.



Foto 11. Seconda fase della medicazione.



Foto 12. Medicazione ultimata.

Bibliografia

- 1- K. Querengasser, T. Geishauser, J. Querengasser, R. Bruckmaier, K. Fehlings, W. Wolf. Teat Dilators as Free Foreign Bodies in the Bovine Teat-Two Case Studies. 33rd Annual Convention AABP, Rapid City, South Dakota. September 21-23, 2000.
- 2- K. Querengasser, T. Querengasser, C. Hoptner, F. Tradati. Effects of Teat Dilators and Teat Cannulas on Udder Health. 32nd Annual convention AABP Nashville, Tennessee. September 23-26, 1999.

cone, morbidi, atraumatici e anallergici. A questo punto si procede alla chiusura del capezzolo (foto 10, 11, 12): si utilizza una medicazione doppia a "U" contrapposte. Il materiale che si impiega, deve essere leggero e molto aderente; a tal proposito è fondamentale la pulizia preventiva del capezzolo con alcool. La medicazione deve comprendere la punta del dilatatore.

La medicazione è mantenuta in sito per 72 ore; quindi si rinnova, ripetendo passo, passo le operazioni summenzionate. Passate altre 72 ore, si provvede a una terza medicazione, che generalmente è anche l'ultima.

A ogni medicazione va sostituito il dilatatore. Generalmente, alla prima medicazione, gli autori preferiscono utilizzare il dilatatore di glicerina con cortisone, che rilascia il corticosteroide lentamente, presso la sede dell'infiammazione; successivamente, per la seconda e terza medicazione, si ricorre a dilatatori in silicone. Tranne in casi straordinari, non si ricorre a terapia antibiotica per via generale, tanto meno a terapia antinfiammatoria con FANS.

Quando in nona-decima giornata dall'inizio della terapia, si riprende a mungere regolarmente il capezzolo la produzione del quarto è inferiore mediamente del 10% rispetto alla stessa, prima del problema; successivamente, nel giro di 2-3 settimane, la produzione ritorna normale.

Questo tipo di approccio, ha successo se le operazioni vengono realizzate con rispetto rigoroso delle condizioni igieniche. Inoltre, tale approccio è da evitare laddove già esista una mastite che interessa il quarto.

Rimane da vincere la naturale diffidenza dell'allevatore, che rimane sempre perplesso quando gli viene detto di non mungere il quarto per nove giorni. ■