

BRÖSTKOMPLIKATION – BRÖSTBÖLD/ABSCESS

ICD-kod O91.1B

BAKGRUND

En bröstinfektion kan leda till abscess. Det tar oftast tid för en abscess att utvecklas. Den föregås som regel av en infektion vars symtom (tempstegring, lokal svullnad och rodnad) ofta minskar då bölden bildats. Det förekommer att mammor inte haft några tidigare tydliga symtom innan mogen abscess. Smältningen i bröstvävnaden innehåller vätska. Runt smältningen finns ett diffust svullet, ödematöst område som varierar i tjocklek. Ibland förekommer endast det diffusa ödemet, smältning har ännu inte skett eller också kommer infektionen i området att klinga av spontant.

FÖREKOMST

Mellan 0,1 % och 0,3 % av ammande kvinnor utvecklar bröstabscess. Vanligast förekommande är abscess mellan 3–8 veckor postpartum, men den kan uppkomma tidigare eller senare samt under graviditeten.

RISKFaktorER

- Komplicerad förlossning.
- Tidigare mastit.

UNDERSÖKNING/UTREDNING

Anamnes

Bedömningen görs bäst med hjälp av noggrann anamnes, med extra tonvikt på tidsförloppet, förändring av kliniska symtom, och om bröstproblem funnits tidigare under amningsperioden.

(se PM Bröstkomplikation – Anamnes)

Symtom/status

Ett eller flera symtom kan förekomma:

- Utvecklas gradvis över en längre tid eller kan uppstå spontant utan tidigare symtom.
- Allmän sjukdomskänsla – vanligt.
- Kroppstemperaturen kan vara normal, ibland svängande feber.
- Intensiv lokal smärta i bröstet i tidigt skede.
- Rodnad eller annan missfärgning lokalt.
- Bröstet kan se spänt, buktande och glansigt ut, fjällande hud, ödematöst.
- Fluktuerande område i senare skede då smärtan också kan minska.
- Djupa abscesser ger inte alltid tydliga ytliga symtom på bröstet.
- Bröstvårtan kan vara lite förskjuten åt något håll.
- Ofta förenat med sår/spricka på bröstvårtan i anamnesen.
- Minskat eller upphört mjölkflöde under den akuta fasen.
- Nekrotiskt hudområde.

Differentialdiagnoser

Galactocele, inflammatorisk bröstcancer, fibroadenom. Bröstcancer förekommer även hos lakterande och gravida kvinnor. Det finns inflammatoriska bröstcancertyper som makroskopiskt kan se exakt ut som en bröstböld. Vid kvarstående resistens i bröstet, se Uppföljning.

Lab

Odling. I princip alla bröstbölder innehåller bakterier även om tidigare sår på bröstvårtan hunnit läka. I nio fall tio växer Staphylococcus Aureus vid odling. CRP och LPK tas inte rutinmässigt men kan vara av värde för att följa förlopp och effekt av eventuell behandling.

Ultraljud

1. Akutremiss till röntgen skrivs av läkare.
2. Skicka odlingsrör samt remiss med patienten till röntgen. Kryssa i rutan för allmänodling, aerob + anaerob.
3. Bedömning av böldens storlek med ultraljud av radiolog. En mogen abscess syns tydligt, men kan vara svårbedömd om samtidigt pågående infektion i vävnaden. I dessa fall av värde med ny bedömning efter något dygn för att hitta rätt tid för punktion.
 - a. **Böld < 3 cm: Punktion + odling (enligt punkt 2) + spolning**
En mindre abscess kan behöva punkteras fler gånger.
 - b. **Böld ≥ 3 cm: Dränage med pigtailkateter + odling (enligt punkt 2) + spolning.** Töm kaviteten på pus och uppskatta mängden. Spola med motsvarande mängd NaCl 2–3 ggr. Proppa katetern eller koppla kateterpåse.

Tekniskt förfarande vid bedövning, punktion samt anläggande av kateter skall göras enligt röntgenavdelningens rutiner. Om möjligt förankras pigtailkatetern så att vårtgård och bröstvårta är fria så att fortsatt amning/urmjolkning kan ske.

4. Mamman/föräldrarna instrueras om god handhygien och spolning av abscesshålan 3-4 gånger per dygn. De första gångerna med samma mängd NaCl som vid punktionen. Successivt kommer kaviteten att snabbt minska i storlek. Vid varje spolningstillfälle skall hålan tömmas och fyllas 3–4 ggr. Läkningstiden varierar varför man förbereder patienten på att ha kvar katetern 3–7 dagar.
5. Uppföljning av patienter med pigtail-kateter sker vanligen polikliniskt.
 - a. Den utrustning patienten behöver för att spola katetern skickas med patienten hem tillsammans med patientinformation.
 - b. Telefonkontakt med amningsmottagningen kommande vardag bokas för stöd till pågående amning och utvärdering av åtgärder och behandling.
 - c. Återbesök enligt läkares ordination vanligen efter 3–5 dagar.
 - d. Patienten uppmanas att ringa till amningsmottagningen vid frågor och problem. Vid akuta problem eller försämrat allmäntillstånd på jourtid kontaktas Avd 25.

6. Borttagande av kateter

- då man efter aspiration inte kan se någon abscess med ultraljud
- då aspiratet är klart eller mjölkvitt
- då spolmängderna av NaCl är små
- då patienten kliniskt förbättras avseende smärta.

AMNING

Barnet kan fortsätta ammas, men hänsyn ska tas till mammans tillstånd

- om mamman till exempel har så ont att hon inte klarar att ha barnet nära
 - om mamman inte vill fortsätta amma på det infekterade bröstet kan hon fortsätta amma på det friska bröstet och återuppta amningen på den sjuka sidan när abscessen är utläkt.
- Vid behov görs en bedömning av amningssituationen med hjälp av Amningsstatus och vid behov en Amningsobservation i samråd med mamman/föräldrarna för att utesluta riskfaktorer i amningssituationen.
 - ge stöd till en eventuell förändring av barnets läge och sugtag, uppmuntra vid behov att lägga barnet hud-mot-hud för att stimulera barnets amningsbeteende och för att gapa upp stort.
 - Ge kunskap om tillståndet:
 - att bröstmjölken påverkar barnet positivt även vid infektion
 - om olika sätt att fortsätta amma
 - om kvinnan väljer att avsluta amningen tillfälligt bör information ges om att amningen kan återupptas senare om så önskas.

LÄKEMEDEL

Rekommendationerna gäller endast för mammor med friska barn födda i fullgången tid. I övriga fall konsultera barnläkare.

Analgetika

T. Ibuprofen 200–400 mg 1 x 4, dock högst 1200 mg/dygn. Om ytterligare smärtlindring behövs, komplettera med T. Paracetamol 1 g x 4 maxdos 4000 mg/dygn, jämt fördelat över dygnet.

Vid överkänslighet mot acetylsalicylsyra ges endast T. Paracetamol.

Antibiotika

Överväg om och när antibiotika ska användas beroende på patientens allmäntillstånd, (t.ex. feber och lymfangit) samt böldens storlek. Durationen av behandlingen är vanligen cirka 10 dagar men kan behöva justeras utifrån odlings svar och förlängas vid svåra infektioner.

Stafylococcus aureus

T Flukloxacillin 1 g 1 x 3 i 10 dagar ges under de första 8 veckorna post partum. Därefter kan dosen sänkas till 750 mg 1 x 2 i 10 dagar.

Dosen är något högre på grund av att den glomerulära filtrationen ökar under graviditeten. Serumnivåerna av läkemedel är då otillräckliga för terapeutisk effekt. Tid för återställande av njurgenomblödning till pregravid nivå kan tydligen variera mellan 4–8 veckor. Mammans vikt och längd påverkar läkemedelsdos.

Streptokocker grupp A och B

T. Fenoximetylpenicillin 1000 mg 1 x 3.

Vid **blandinfektioner** med *Stafylococcus aureus* och Streptokocker grupp A och B rekommenderas i första hand T. Flukloxacillin dosering som vid *Stafylococcus aureus*.

Vid **svåra blandinfektioner** kan kombination av T. Flukloxacillin och T. Fenoximetylpenicillin, alternativt K. Klindamycin ges. Om även svamp konstateras ges tillägg med T. Flukonazol, (se PM Bröstkomplikation – Svamp).

Vid **överkänslighet mot penicillin** ges K. Klindamycin 150 mg 1 x 3. Vid kraftig övervikt hos mamman dosering 300 mg 1 x 3.

På grund av att enstaka blodiga avföringar har rapporterats hos barn där mamman ätit T. Klindamycin bör föräldrarna upplysas om att nyttillkommet blod i barnets avföring under pågående antibiotikabehandling till mamman kan vara en biverkan och bör föranleda kontakt med sjukvården.

VÅRDNIVÅ

De flesta patienterna kan skötas polikliniskt men vid påtagligt allmänpåverkad patient överväg inläggning med i.v. antibiotika.

PROGNOS

Prognosen är bra och de flesta mammor väljer att fortsätta amma. Recidiv förekommer. Kvinnan behöver veta att resistensen försvinner successivt men att det kan ta upp till 2 månader.

UPPFÖLJNING EFTER 2-3 MÅNADER

Alla kvinnor som behandlats p.g.a. bröstabscess ska följas upp av läkare efter 2–3 månader. Om kvarstående resistens skall patienten remitteras enligt: Standardiserat vårdförlopp för misstänkt bröstcancer, http://intra.orebroll.se/riktlinjer--rutiner/vardriktlinjer-och-rutiner/kirurgi/brost--och-endokrinologisk-kirurgi/brostcancer_svf/

För utförligare information och referenser hänvisas till Stockholms vårdprogram [Bröstkomplikationer i samband med amning 2016](#).

Barbro Jonsson
Barnmorska
Kvinnokliniken USÖ

Hanna Östling
Specialistläkare
Kvinnokliniken USÖ