

## BRÖSTKOMPLIKATION – MASTIT KARLSKOGA + USÖ

### BAKGRUND

Mastit, kallas i vardagligt tal "mjölkstockning". Forskare har hittills inte kunnat beskriva hur kliniker skall skilja mellan bröstinflammation och bröstinfektion. En inflammation i bröstet kan betraktas som ett fysiologiskt vävnadsförsvar för att upprätthålla normal hälsa i bröstet snarare än en sjukdomsmanifestation.

Det finns inga signifikanta skillnader mellan förhöjt CRP vid det som betraktas som inflammation och vid det som betraktas som infektion i bröstet. Bakterier och förhöjda leukocyter korrelerar inte heller säkert till bröstinfektion. Många ammande kvinnor har patogena bakterier på/i bröstet utan symtom på mastit vilket talar för vikten av att inte behandla efter odlingssvaret eller CRP, utan i första hand efter de kliniska symtomen.

Bedömningen om det är en inflammation eller infektion samt ställningstagande till antibiotika görs bäst med hjälp av noggrann anamnes. Antibiotika bör övervägas först efter ett par dagar om ingen förbättring skett trots omvårdnadsåtgärder. Tidsförloppet är av stor vikt, förändring av kliniska symtom över tid samt om svårläkta sår finns på bröstvårtan. Omvårdnadsåtgärderna är av största vikt även vid medicinsk behandling för att öka kvinnans välbefinnande och minska risken för upprepade mastiter.

### FÖREKOMST

Mastit uppträder sällan de första 10 dagarna efter förlossningen. Mastit är vanligast de två första månaderna post partum men kan uppträda när som helst under amningsperioden och kan även uppträda under graviditeten. Bröstkomplikationerna förekommer lika mycket i höger som i vänster bröst. Enligt WHO får ca 25 % av världens kvinnor återkommande mastiter.

### RISKFAKTORER FÖR BÅDE INFLAMMATION OCH INFEKTION

- För litet tag om bröstet (barnet ligger för långt ifrån bröstet och/eller för långt åt någon sida).
- Reglerad amning.
- Återhållen utdrivningsreflex relaterat till smärta/känslomässig stress.
- Komplicerade förlossningar, viktigt att uppmärksamma tidigt i vårdplaneringen.
- Kvinnor som upplevt kraftigt spända bröst första veckan tycks ha en ökad risk för bröstkomplikationer senare.
- Tidig introduktion av modersmjölksersättning.
- Mekaniskt hinder som trycker mot bröstet t.ex. åtsittande behå.
- Hands-on, d.v.s. när anhöriga och personal klämmer på bröstet för att hjälpa till vid urmjolkning eller att stoppa bröstet i munnen på barnet.

## 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*)

## BEDÖMNING TILL EGENVÅRD I HEMMET VID TELEFONKONTAKT

Egenvård kan påbörjas i hemmet:

- om det är första gången kvinnan har dessa symtom
- om symtomen från bröstet inte varat mer än 2–3 dygn
- om kvinnans allmäntillstånd tillåter
- när andra, icke bröstrelaterade diagnoser uteslutits.

Rekommendera smärtstillande efter behov samt mat, dryck och vila utifrån välbefinnandet.

Amningen har den bästa läkande effekten på bröstkomplikationen, om tekniken är god (det vill säga mammans bröstvårta är opåverkad efter amning) bör fortsatt amning rekommenderas.

Om ingen förbättring av tillståndet efter ett dygn i hemmet, uppmuntras till kontakt med vården för ny bedömning.

## SYMPTOM/STATUS FÖR BÅDE INFLAMMATION OCH INFEKTION

Ett eller flera av dessa kan förekomma:

- Kommer plötsligt.
- Klämd bröstvårta efter amning.
- Smärtsam amning.
- Kroppstemperatur mellan 38,4 och 41 grader.
- Influensaliknande sjukdomskänsla; huvudvärk, muskelvärk, frossbrytning, mer uttalat vid infektion och kan bli mer allvarlig allmänpåverkan vid Erysipel.
- Lokal smärta/ömhets över ett område eller generell ömhets och ödem.
- Avgränsat område, ofta värmeökning och lokal rodnad, är ofta mer ilsket och utbrett vid infektion och speciellt vid streptokockinfektion och blandinfektioner.
- Ofta förhårdnad, knöl/hårt parti under huden, ibland svårpalperad.
- Vanligtvis endast i ena bröstet.
- Sprickor och/eller sår på bröstvårtan kan förekomma, ökar risken för infektion.
- White spot på bröstvårtan.
- Milk blister.
- Vid återkommande infektion, misstanke på streptokockinfektion.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

Under puerperiet

- Endometrit.
- Djup ventrombos/lungemboli.
- Urinvägsinfektion.
- Övre luftvägsinfektion.
- Viros.

## LAB

Odling från sår och/eller bröstmjölk tas vid svårläkta sår, innan påbörjad behandling med antibiotika samt vid utebliven effekt av antibiotika. Vid misstanke om svampinfektion odlas även för detta. (Odlingsteknik se sid 90 i Stockholms vårdprogram)

CRP och LPK tas inte rutinmässigt men kan vara av värde för att följa förlopp och effekt av ev. behandling.

## ULTRALJUD

Vid misstanke om bröstböld (se PM Bröstkomplikation - böld/abscess).

## HANDLÄGGNING OCH OMVÅRDNAD

- Vid mastit är det viktigt att beakta både medicinska- och omvårdnadsåtgärder för snabbare återhämtning.
- Lyssna, bekräfta och avdramatisera.
- Ge information om tillståndet, dess förlopp och om att det är vanligt förekommande.
- Utvärdera åtgärder som redan påbörjats.
- **A och O är att fortsätta amma: När det inte är möjligt bör urmjölkning ske!**
- Gör därför en bedömning av amningsituationen med hjälp av Amningsstatus och vid behov en Amningsobservation i samråd med mamman/föräldrarna för att utesluta riskfaktorer i amningsituationen. 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.
- Utvärdera hur ofta barnet ammar och öka ev. amning/urmjölkning vid behov.
- Uppmuntra till fortsatt amning på barnets signaler, att utnyttja barnets sugande är bästa metoden för läkning.
- Om behov finns av att öka frisättning av oxytocin; uppmuntra hud-mot-hudkontakt med barnet, massage över axlar och fötter samt hudberöring.
- En lätt beröring/strykning med handflatan/fingrarna över resistensen under amningen kan underlätta flödet om mamman kommer åt utan att störa barnet.
- Om möjligt, växla barnets position vid bröstet.
- Vid svårigheter för barnet att få tag om bröstet, uppmuntra mamman att handmjölka ur lite initialt så att vårtgården blir något mjukare.

- Vid svårigheter att få mjölkflöde vid amning eller urmjölkning trots ovanstående åtgärder, låt bröstet vara i det akuta skedet.
- Om white spot eller milk blister skrapa försiktigt med steril nål för att möjliggöra mjölkflöde.
- Om sår och sprickor på bröstvårtan utforska orsak och vilka åtgärder som kan bidra till förbättring. *Såriga bröstvårtor som inte läker bör undersökas, odlas och eventuell behandling påbörjas.*
- Vid tillfälligt amningsuppehåll, samråd med kvinnan om lämplig urmjölkningssmetod.
- Utvärdera behov av smärtlindring och eventuellt febernedsättande.
- Uppmärksamma på att dryck, mat och vila är viktiga för att öka känslan av välbefinnande.
- Om behå används bör den vara rymlig för att underlätta avflödet, rekommendera om möjligt, att även vara utan behå.

## 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, engångsdoser över 400 mg har ej påvisats ge ytterligare smärtlindrande effekt, viktigt med jämn fördelning över dygnet. Vid feber och ytterligare behov av smärtlindring 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

Vid svårsläkt mastit och uttalade kliniska symtom, överväg antibiotika. Vanligaste bakterien vid mastit är Staphylococcus aureus (S. aureus). Odlingar från bröstet/mjölken kan även uppvisa växt av koagulasnegativa stafylokocker, viridans streptokocker, grupp B-streptokocker (GBS) och enterococcus faecalis m.fl. men inte alls lika vanligt. Vid Erysipelas förekommer streptokocker - oftast betahemolytiska grupp A men även grupp C och G streptokocker. Blandinfektion av streptokocker och stafylokocker förekommer vilket bör uppmärksammas vid val av antibiotika.

### Stafylococcus aureus

T. Flukloxacillin 1000 mg x 3 under 10 dagar

Eftersom plasmavolym och njurens glomerulära filtration ökar under graviditeten, där förändrad njurfunktion kvarstår efter förlossningen, krävs tredosregim och högre dos för att behandlingen ska ha effekt. Tid för återställande av njurenombloodning till pregravid nivå kan variera 4-8 veckor. Mammans vikt och längd inverkar också på behovet av läkemedelsdosen.

**Streptokocker grupp A och B**

T. Fenoximetylpenicillin 1000 mg 1 x 3 under 10 dagar.

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 tredos under 10 dagar ges. Byte till K. Klindamycin kan övervägas. Eftersom K. Klindamycin innebär risk för Clostridieväxt ska den förbehållas till pc-allergiker. Vid växt av svamp kan tillägg med Flukonazol ges.  
(se PM Bröstkomplikation – Svamp)

Vid **överkänslighet mot penicillin** ges K. Klindamycin 150 mg 1 x 3 under 10 dagar. Vid BMI >35 hos mamman, dosering 300 mg x 3. Enstaka rapporter finns angående blodtillblandad avföring hos barnet. Föräldrarna bör upplysas om att nytillkommet blod i barnets avföring under pågående antibiotikabehandling till mamman bör föranleda kontakt med sjukvården.

**VÅRDNIVÅ**

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

**VID UTEBLIVEN FÖRBÄTTRING**

Behovet av behandling är vanligtvis 10 dagar. Om inte förväntad förbättring överväg ny odling och byte av antibiotika. Vid behov kontakta infektionskonsult. **Även vid behandling med läkemedel är det viktigt att följa omvårdnadsåtgärderna för att förebygga recidiv.**

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

Barbro Jonsson  
Barnmorska  
Kvinnokliniken USÖ

Hanna Östling  
Specialistläkaren  
Kvinnokliniken USÖ