

## Bröstkomplikation - böld/abscess

**Författat av:** Barbro Jonsson  
**Reviderat av:** Barbro Jonsson, Shilan Kadir.  
I samråd med mammografienheten/bröstcentrum.

### Bakgrund

En bröstinfektion kan leda till abscess. Det tar oftast tid för en abscess att utvecklas. Den föregås som regel av en mastit vars symtom (tempstegring, lokal svullnad och rodnad) ofta minskar då bölden bildats. Det förekommer även att mammar inte haft några tidigare tydliga symtom innan abscess bildas. Smältningen i bröstvävnaden innehåller vätska. Runt smältningen finns ett diffust svullet, ödematöst område som varierar i tjocklek. Ibland förekommer endast svullnaden, smältning har ännu inte skett eller också kommer inflammationen 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 post partum, men den kan även uppkomma tidigare eller senare samt under graviditeten.

### Undersökning/utredning

Bedömningen görs bäst med hjälp av noggrann anamnes, med extra tonvikt på tidsförloppet, förändring av kliniska symtom, om bröstproblem som sår/spricka på bröstvårtan och mastit förekommit tidigare under amningsperioden.

### Symptom/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 och smärtan kan ha avtagit
- ⇒ Djupa abscesser ger inte alltid tydliga ytliga symtom på bröstet
- ⇒ Bröstvårtan kan vara lite förskjutet åt något håll
- ⇒ Minskat eller upphört mjölkflöde under den akuta fasen
- ⇒ Nekrotiskt hudområde
- ⇒ Perforation

## Differentialdiagnoser

Galaktocele, inflammatorisk bröstcancer, fibroadenom, idiopatisk granulomatös mastit. 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 rubrik - Knölar i bröstet.*

## 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 behandling

## Handläggning

**1/ Vid misstanke om bröstabscess hos ammande kvinna görs bedömning av läkare i VO obstetrik och gynekologi.** Om läkaren själv inte har tid eller erfarenhet att utföra ultraljud och punktion kontakta:

- **Kontorstid** mammografienheten på telefon 23082 eller 23236 för avstämning om de har möjlighet att göra ultraljud. Skriv i så fall remiss till bröstcentrum (egen flik bredvid röntgenremisser) för ultraljud och v.b. punktion eller pigtail-kateter. Mammografi är inte aktuellt vid en pågående inflammation.
- **Jourtid** eller om mammografienheten inte har möjlighet, skriv akut röntgenremiss för ultraljud och v.b. punktion eller pigtail-kateter och kontakta Röntgen på tel. 25050.

**2/ Skicka remiss på abscessodling och ett märkt urinodlingsrör med patienten.**

För information om provtagning - sök på "abscess" i provtagningsanvisningar (<https://provtagningsanvisningar.regionorebrolan.se/index.aspx>)

För att optimera möjligheten att även fånga anaeroba bakterier är det viktigaste att provet kommer till labb så snart som möjligt.

**3/ Bedömning av böldens storlek med ultraljud.** 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 pigtail-kateter + 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.

Om möjligt förankras pigtail-katetern så att vårtgård och bröstvårta är fria så att fortsatt amning/urmjölkning kan ske.

**4/ Kvinnan/partner instrueras** om god handhygien och spolning av abscesshålan 3 – 4 gånger per dygn. De första gångerna med samma mängd NaCl som vid punktionen.

Den utrustning som behövs för att spola katetern skickas hem med patienten tillsammans med patientinformationen: [Bröstböld/abscess - spolning av pigtail](#) på intranätet.

Successivt kommer kaviteten att minska i storlek och därmed kommer mängden NaCl som behövs för spolning att gradvis minska. Vid varje spolningstillfälle skall hålan tömmas och fyllas 3 – 4 gånger. Läkningstiden varierar men förbereder patienten på att ha kvar katetern 3 – 7 dagar.

- 5/ **Uppföljning** av patienter med pigtail-kateter sker vanligen polikliniskt.
- Telefonkontakt med amningsmottagningen kommande vardag bokas för utvärdering av åtgärder och behandling samt stöd till pågående amning. Ring avdelning 25, telefon 21299 för kontakt med amningsmottagningen.
  - Återbesök till läkare på obstetrik- och gynekologimottagningen enligt läkares bedömning men vanligen efter 3 – 5 dagar.
  - Patienten uppmanas att kontakta amningsmottagningen vid frågor eller problem. Vid akuta problem eller försämrat allmäntillstånd på jourtid kontaktas avdelning 23 för kontakt med jourläkare.
- 6/ Att en mindre **bröstböld behöver punkteras fler gånger** är inte ovanligt men om mer än tre gånger av värde att kontakta Bröstkonsult tel. 24971 på Bröstcentrum
- 7/ **Borttagande av pigtail-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.
- 8/ **Uppföljning av bröstabscess efter 2 månader**
- Alla kvinnor som behandlats för bröstabscess ska ha kontakt med läkare på obstetrik- och gynekologimottagningen efter två månader.
- Är kvinnan över 25 år skriv remiss för mammografi. Att kvinnan ammar är inget hinder för mammografi, men be patienten ta med barnet och barnvakt vid undersökningen då hon behöver amma innan undersökningen.
  - Om kvarstående resistens ska kvinnan remitteras till bröstcentrum för uppföljning  
*Se rubrik - Knölar i bröstet.*

### Vårdnivå

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

### Prognos

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

## 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.
  - bröstmjölken är inte dålig utan fortsatt värdefull för barnet även vid infektion.
- Vid behov behöver en bedömning av amningssituationen göras med hjälp av Amningsstatus eller Amningsobservation för att vid behov kunna ge stöd till förändring av barnets läge, position och sugtag.
  - Om kvinnan väljer att inte amma i det akuta läget behöver hon information om handmjölkning eller pumpning för att inte abrupt sluta med amningen då detta kan leda till mjölkstockning.
  - Den mjölk som mjölkas ut kan med fördel ges till barnet som komplement till den tillmatning som det kan vara aktuellt att ge då mängden bröstmjölk minskar vid akuta infektioner i bröstet.
  - När abscessen är utläkt finns möjlighet att återuppta amningen på båda bröstet och genom att amma lite oftare få upp tillräcklig mjölmängd till barnet. Om mamman bara vill amma på det bröst som inte haft abscessen kan hon trappa ut amningen på det andra.

## Läkemedel

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

### Analgetika

T. Ibuprofen 400 mg 1 x 3, högst 1200 mg/dygn. Är smärtstillande och den antiinflammatoriska effekten hos Ibuprofen hjälper till att behandla svullnaden i bröstet. Vid feber och ytterligare behov av smärtlindring komplettera med T. Paracetamol 1 g x 4 maxdos 4000 mg/dygn.

*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. 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.

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

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

**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 nytillkommet blod i barnets avföring under pågående antibiotikabehandling till mamman kan vara en biverkan och bör föranleda kontakt med sjukvården.

## Knölar i bröstet

Knölar i bröstet är vanliga i samband med amning men om knölar inte ger med sig och försvinner inom två månader behöver de kontrolleras av läkare på obstetrik- och gynekologimottagningen och remiss skrivas till bröstcentrum för undersökning för att utesluta cancer.

**Bröstkonsultläkare** nås via telefon 019-602 49 71 (08-16:30 måndag - torsdag, 08-13:30 fredag).

Ring när du önskar diskutera eller fråga något innan remiss skickas till bröstcentrum eller behöver hjälp med handläggning.

För mer information se intranätet:

[Bröstcancer, standardiserat vårdförlopp](#)

För ytterligare information och referenser kring *Bröstböld / Abscess* hänvisas till Stockholms vårdprogram: [Bröstkomplikation i samband med amning 2016](#)