

Bröstkomplikation - mjölkstockning eller mastit

Författat av: Hanna Östling, Barbro Jonsson

Reviderat av: Barbro Jonsson, Shilan Kadir

Bakgrund

Forskare har hittills inte kunnat beskriva hur kliniker ska skilja mellan bröstinflammation (mjölkstockning) och bröstinfektion (mastit). En inflammation i bröstet kan betraktas som ett fysiologiskt väfnadsförsvar för att upprätthålla normal hälsa i bröstet snarare än en sjukdomsmanifestation.

Det finns inga signifikanta skillnader mellan förhöjt CRP vid inflammation eller 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 infektioner.

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.

Riskfaktorer för både inflammation och infektion

- För litet tag om bröstet (barnet ligger långt ifrån bröstet och/eller för långt åt någon sida så bröstvårtan blir klämd vid amning)
- 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 åsittande behå
- Hands-on, dvs när anhöriga och personal klämmer på bröstet för att hjälpa till vid urmjölkning 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.

Symtom/status för både inflammation och infektion

Ett eller flera av dessa kan förekomma:

- ⇒ Kommer plötsligt
- ⇒ Kroppstemperatur mellan 38,4 och 41 grader
- ⇒ Influensaliknande sjukdomskänsla; huvudvärk, muskelvärk, frossbrytning, mer uttalat vid infektion och kan bli mer allvarlig allmänpåverkan vid Erysipelas
- ⇒ Lokal smärta/ömhet över ett område eller generell ömhet 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, ökar risken för infektion
- ⇒ Vid återkommande infektion, misstanke på streptokockinfektion

Differentialdiagnoser

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

Lab

Odling från sår och/eller bröstmjolk tas vid svårläkta sår, innan påbörjad behandling med antibiotika samt vid utebliven effekt av antibiotika. Vid misstanke om svampinfektion odlas även för detta. CRP och LPK tas inte rutinemässigt men kan vara av värde för att följa förlopp och effekt av behandling.

Vid misstanke om bröstböld, *se riktlinje: [Bröstkomplikation - böld/abscess](#), dokumentnummer 455906 i Platina)*

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

Om ingen förbättring av tillståndet efter ett dygn i hemmet trots adekvat medicinering och omvårdnadsåtgärder uppmanas till kontakt med vården för ny bedömning. Uppföljning bör planeras.

Handläggning och omvårdnad

- Vid mjölkstockning och mastit är det viktigt att beakta både medicinska- och omvårdnadsåtgärder för snabbare återhämtning. Utvärdera åtgärder som redan påbörjats
- Ge information om tillståndet, dess förlopp och om att det är vanligt förekommande. Lyssna, bekräfta och avdramatisera
- Gör en bedömning av amningsituationen med hjälp av Amningsstatus och vid behov en Amningsobservation för att kartlägga riskfaktorer i amningsituationen. Ge stöd till en eventuell förändring av barnets läge, position och sugtag.
- Vid svårigheter för barnet att få tag om bröstet, uppmuntra mamman att handmjölka så att vårtgården blir mjukare och bröstvårtan tydligare.
- Uppmuntra till fortsatt amning, att utnyttja barnets sugande är bästa metoden för läkning. Om amning inte möjlig bör urmjölkning ske (handmjölkning eller pumpning)
- Utvärdera hur ofta barnet ammar och öka vid behov amning/urmjölkning
- En lätt beröring/strykning med handflatan/fingrarna över resistensen under amningen kan underlätta flödet om mamman kommer åt utan att störa barnet
- Om behov finns av att öka frisättning av oxytocin; uppmuntra hud-mothudkontakt med barnet, massage över axlar eller fötter på den ammande mamman.
- Ibland är bröstet så svullet att det i det akuta skedet är svårt att få mjölkflöde vid amning eller urmjölkning låt då bröstet vila, när den värsta svullnaden lagt sig av värde på nytt prova att amma, handmjölka eller pumpa.
- Uppmuntra mor att ta Ibuprofen regelbundet tills svullnaden get med sig, komplettera med paracetamol för att öka den smärtstillande effekten samt vid feber. Se under Analgetika
- Uppmärksamma på att dryck, mat och vila är viktiga för att öka känslan av välbefinnande
- Om sår och sprickor på bröstvårtan utforska orsak och vilka åtgärder som kan bidra till förbättring. *Säriga bröstvårtor som inte läker bör undersökas, odlas och behov av antibiotika behandling övervägas.*
- Om white spot eller milk blister skrapa försiktigt med steril nål för att möjliggöra mjölkflöde
- Om behå används bör den vara rymlig för att underlätta avflödet, rekommendera om möjligt, att även vara utan behå.

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 påskynda förbättring och förebygga recidiv.**

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. Förutom smärtstillande effekt hjälper den antiinflammatoriska effekten hos Ibuprofen till att behandla den akuta svullnaden i bröstet vid mjölkstockning och mastit. Vid feber och ytterligare behov av smärtlindring komplettera med T. Paracetamol 1 g x 4 maxdos 4000 mg/dygn. Värdefullt med jämn fördelning över dygnet.

Vid överkänslighet mot acetylsalicylsyra ges endast T. Paracetamol

Antibiotika

Vid uttalade kliniska symtom som inte svarar på analgetika och omvårdnadsåtgärder, behöver behov av antibiotikabehandling övervägas.

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 plasmavolymer 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 njurgenomblödning 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.

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 tredos under 10 dagar. 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 Riktlinje [Bröstkomplikation - svamp](#), dokumentnummer 455932 i Platina*).



Överkänslighet mot penicillin

K. Klindamycin 150 mg 1 x 3 under 10 dagar. 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.

För ytterligare information och referenser hänvisas till Stockholms vårdprogram

[Bröstkomplikation i samband med amning 2016](#)