

**Mastitt / Mastitt puerpuralis. Føde/barsel SSHF**

 Dokument ID:  
**1.4.8.1.3-26**

 Godkjent dato:  
**21.02.2023**

 Gyldig til:  
**21.02.2026**

 Revisjon:  
**9.00**

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Fellesprosedyrer Obstettrikk/Barsel SSHF

**Omfang**

Prosedyren omhandler alle som skal behandle pasienter med mastitt.

**Hensikt**

Sikre at pasienter med mastitt får forsvarlig og god behandling.

**Ansvar**

Gynekolog, jordmor eller sykepleier

**Bakgrunn**

Mastitt omhandler et bredt spekter av tilstander hvor inflammasjon og ødem i melkeganger og vev/bindevev er fremtredende. Bakgrunnen er et misforhold mellom produksjon og uttømming av brystet. Inflammasjon og ødem fører til at melkegangene blir trange. Det diskuteres om bakteriell mastitt oppstår ved ubalanse av mikroflora inne i brystet eller på grunn av bakterier som kommer inn i brystvevet gjennom sår på brystknoppen.

Det er viktig å kartlegge årsakssammenhengen og avhjelpe inflammasjonen. Det er hensiktsmessig å skille mellom de ulike tilstandene som gir melkestase/mastitt, da dette kan føre til redusert antibiotikabruk og kostnadseffektiv bruk av ressurser.

**Differensialdiagnoser:**

Tilstand	Tidspunkt	Årsak	Symptomer	Behandling
Fysiologisk Brystspreng	Når melkeproduksjonen etableres 2-4 døgn etter fødsel	hevelse og ødem Grunnet venøs og lymfatisk stase ved økende melkeproduksjonen	Ømme, hovne røde bryster Bilateralt Smerte hele brystet Ofte temp <38,5°C.	-Tilby bryst, sikre godt sugetak -Hevelse og smerte kan reduseres ved kjølige omslag (10-20 min) -Noen merker bedre utdrivning med varme omslag umiddelbart før barnet legges til -Håndmelke litt før barnet legges til -Cottermanns grep -Ibux/Paracetamol
Melkespreng/ Melkestase	Produksjon >uttømming	Ineffektiv diing/pumping, langt intervall mellom tømminger	Uni- eller bilateralt Hevelse rødme og varmeøkning Smerter hele brystet Ofte temp <38,5°C.	-Lindres ved å amme/pumpe -Håndmelke litt før barnet legges til for å få mykere bryst, bedre sugetak -Cottermanns grep -Ibux/Paracetamol
Tilstoppende (tette) Melkeganger	Dårlig uttømming eller avløpshinder /ødem	Overflødig melk i brystet gir betent og hovent vev som klemmer av melkegangene og gir blokkering	Oftest unilateralt Noe hevelse og rødhet lite varmeøkning Oftest mild smerte Palperes flere små kuler Ofte temp <38,5°C.	-Fortsett å amme, selvregulering er hovedprinsippet -Tilby det vonde brystet først -Hevelse og smerte kan reduseres ved kjølige omslag (10-20 min) -Noen merker bedre utdrivning med varme omslag umiddelbart før barnet legges til -Varier ammestillinger og optimaliser stilling og dietak -Unngå massasje! -Forsøk å finne og forebygge årsak -Bedring kan være gradvis over flere dager.
Tilstand	Tidspunkt	Årsak	Symptomer	Behandling

		<b>Mastitt / Mastitt puerpuralis. Føde/barsel SSHF</b>			<b>Side: 2</b> <b>Av: 4</b>
Dokument-id: I.4.8.1.3-26	Utarbeidet av: Ida McFadzean	Fagansvarlig: Seksjonsoverlege føde/barsel SSK, Janne Rossen	Godkjent dato: 21.02.2023	Godkjent av: Mikkel Høiberg	Revisjon: 9.00

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Fellesprosedyrer Obstetrikk/Barsel SSHF

<b>Mastitt</b>  Skille mellom: <u>inflammatorisk mastitt</u> betennelse og ødem  <u>bakteriell mastitt</u> oftest grunnet gule stafylokokker, evt streptokokker (sjeldent, men OBS sykere pasient)	Opptrer hyppigst de første 6 uker etter fødsel og ved overgang fra fullamming til delamming.	Ineffektiv amming/utmelking Overstimulering /produksjon Rask avvenning Massasje/press/trykk mot brystet Melkestase Tilstoppede melkeganger Dårlig sugetak, stramt tungebånd Såre/sprukne brystknopper Tidligere mastitt	Ofte lokalisert område med rødme, hevelse, varme og smerte Kan være mer utbredt Systemiske symptomer: Fever >38,5°C Frysninger Nedsatt allmenntilstand Forhøyet CRP  Bakterieprøve tas fra melk og evt lesjoner.	-Fortsett å amme, selvregulering er hovedprinsippet -Tilby det vonde brystet først -Hevelse og smerte kan reduseres ved kjølige omslag (10-20 min) -Noen merker bedre utdrivning med varme omslag umiddelbart før barnet legges til -Smertebehandling vil kunne lette tømning av brystet: Paracet/NSAIDs <b>-Tydelig klinisk bedring etter amming av affisert bryst, støtter mistanke om inflammatorisk&gt;bakteriell mastitt</b> - Hvis gjentatte amming/utmelking av brystet ikke bedre klinisk bilde, kan det være bakteriell mastitt -Sår på brystknoppen skal behandles, se eget punkt. -Amming er trygt under antibiotikabehandling og selv ved puss i melken. <b>- OBS både inflammatorisk og bakteriell mastitt kan gi høy CRP, kan IKKE brukes for å skille, men god ved vurdering av behandlingseffekt.</b> -Antibiotikabehandling, se nedenfor
Abscess	Utvikles gradvis over lengre tid ved utilstrekkelig eller for sen behandling av bakteriell mastitt	Lokalisert pussansamling i brystet, i forløpet av bakteriell mastitt.	Ofte ensidig Smertes Rødme Oppfylning som kan fluktuere Fever Generell sykdomsfølelse UL viser abscess – OBS gjenta neg UL ved vedvarende klinikk	-Ultralydveiledet nålepunksjon i lokalanestesi med aspirasjon og skylning sammen med p.o. antibiotika. Hyppige UL kontroller i etterkant, evt. gjenta aspirasjon v/behov. Pigtail kateter innleggelse anbefales ved abscess >3cm. -Kirurgisk incisjon kun dersom man ikke kommer i mål med aspirasjon. - Bakt us av aspiratet. - Ved spontanperforasjon, bør mammakirurg vurdere og behandle pas. - Medikamentell tilleggsbehandling som ved bakteriell mastitt.
Kul i brystet	IKKE alle kuler er pga ammingen!	Galactocoele Fibroadenom Malignitet	Kul/resistens i bryst som ikke endres ved amming.	-Henvis brystdiagnostisk senter. - Brystkreft forekommer hos ammende kvinner

#### Observasjoner

- Anamnese og klinisk undersøkelse (rødhet, hevelse, melkeflyt)
- Temp (mastitt > 38,4 grader)
- Bact.us fra melk på affisert bryst og brystvorte
- CRP, leukocytter og evt. blodkultur avhengig av klinikken
- Ultralyd etter vurdering for å utelukke abscess
- ONEWS for videre observasjon

#### Prøvetaking av hud/sår på brystknoppen:

Sår renses med NaCl før prøven tas, ta evt. med fuktet pensel fra hele sårflaten med forsiktig trykk for å få med bakterier i vevet.

#### Prøvetaking fra morsmelk:

Vask først brystknoppen med sterilt vann/saltvann; kast de første dråper melk, drypp så noen dråper (minimum 1-2 ml) i et sterilt glass for innsending.

#### Behandling av sår/sprekker på brystknopp/areola:

Hel hud og overfladiske sår kan lufttørke.

Vær nøye med håndhygiene og rens såret med vann.

		<b>Mastitt / Mastitt puerpuralis. Føde/barsel SSHF</b>			<b>Side: 3</b> <b>Av: 4</b>
Dokument-id: I.4.8.1.3-26	Utarbeidet av: Ida McFadzean	Fagansvarlig: Seksjonsoverlege føde/barsel SSK, Janne Rossen	Godkjent dato: 21.02.2023	Godkjent av: Mikkel Høiberg	Revisjon: 9.00

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Fellesprosedyrer Obstetrikk/Barsel SSHF

Dypere sprekker og sår skal ikke lufttørke – prinsippet er: fuktige sår skal holdes fuktige og salve og/eller skumbandasje (opprettholder fuktig sårmiljø) kan benyttes. Smertelindring bedrer sårtilheling, suppler med Paracetamol evt Ibux. Ved purulent væskende sår fra brystvorten, ta prøver til bakt.us og evt. sopp dyrkning. Vask såret og forsøk antiseptisk krem (Brulidine® - obs ikke hvis væsker mye pga vannholdig og kan virke oppbløtende) eller antibakteriell salve ( Bacimycin®). <https://www.fhi.no/contentassets/ccde15e2832d43439c5c45d0ff71f06a/sarskriv.pdf> (Behandling av sårhet/sår /sprekker på brystknopp/bryst Fhi)

Vær OBS på at ikke alle sårforandringer skyldes amming, f.eks eksemtilstander, erisypelas og Mb Paget.

#### Antibiotikabehandling ved bakteriell mastitt og ved tørt abscess:

Husk at man i hovedsak skal forsøke tømning av bryst et døgn tid før oppstart av antibiotika, jfr. skille mellom inflammatorisk mastitt og bakteriell mastitt. Ved manglende bedring etter tømning, og symptomer som beskrevet ovenfor er antibiotika indisert. Amming er trygt under antibiotikabehandlingen. Synlig puss i melken er ikke kontraindikasjon for amming. Medikamentell behandling startes etter at bakterieprøver er sikret; justeres senere etter resistensbestemmelse:

#### Standardregime mindre alvorlig infeksjon:

Dikloksacillin: 500 mg x 4 i 10 dager (dosen kan økes til 1g x 4 ved alvorlig infeksjon)

Ved penicillinallergi:

Klindamycin 300 mg x 4 i 10 dager.

Andrevalg: Cefaleksin 500 mg x 4 i 10 dager.

#### Standardregime ved alvorlig infeksjon: Kloksacillin iv 1-2 g x 4 i 10 (-14) dager

#### Hospitalisering:

Ved betydelig allment påvirket pasient og behandlingssvikt i primærhelsetjenesten vurder innleggelse. Oppfølging ut i fra ONEWS vurdering og etter samråd ved lege. Dersom pasienten fødte for ≤6 uker siden, eller har uttalte ammeproblemer er det nyttig med innleggelse på barselavdelingen.

**SSK:** Ta kontakt med koordinerende jordmor på barsel tlf. 4074 for vurdering av kapasitet, eller be om tilsyn til pas på gyn. Avd. fra jordmor med tanke på ammeveiledning og hjelp. Ellers legges pas inn på gyn. Avd. Kir 3C. Pasienten skal legges inn på enerom med barnet og ofte vil partner/pårørende kunne være med for støtte.

**SSF:** Reinnleggelse ved spørsmål om mastitt eller uttalte ammeproblemer skal skje via legevakten. Vakthavende gynekolog kontaktes. Blir diagnose mastitt stilt, med behov for innleggelse, skal pasienten legges inn ved gyn. Kir sengepost. Jordmor på Føde/Basel kan kontaktes på tlf. 7310, for vurdering/tilsyn med tanke på ammeveiledning.

**SSA:** Reinnleggelse på barselavdelingen. Ta kontakt med jordmor der på telefon 37014380.

#### Koder:

O91.0: (Infeksjon i brystvorte)

O91.1 (mastitt med abscess)

O91.2 (Ikke-purulent mastitt)

#### Eksterne referanser:

<https://www.fhi.no/ml/amming-og-morsmelk/komplikasjoner/brystspreg-mastitt-og-abscess/>

(Brystspreg, melkespreg/stase, mastitt og abscess Fhi)

<https://www.fhi.no/ml/amming-og-morsmelk/komplikasjoner/melkeproduksjon-okning-reduksjon-avslutning/> (Melkeproduksjon: økning, reduksjon, avslutning Fhi)

<https://www.helsenorge.no/spedbarn/spedbarnsmat-og-amming/hjelpemidler-og-handmelking/> (håndmelking eller pumping Helsenorge)

<https://www.fhi.no/contentassets/ccde15e2832d43439c5c45d0ff71f06a/skiema-ammeobservasjonsskiema.pdf>

(ammeobservasjoner Fhi)

<https://www.helsenorge.no/spedbarn/spedbarnsmat-og-amming/ammeteknikk/> (informasjonsvideo om korrekt sugetak/ammestilling Fhi)

<https://www.fhi.no/contentassets/ccde15e2832d43439c5c45d0ff71f06a/veileder-stramt-tungeband.pdf> (veileder i diagnostikk og behandling av stramt tungebånd Fhi)

[Brystbetennelse - Amnehjelpen](#)

 SØRLANDET SYKEHUS	<b>Mastitt / Mastitt puerpuralis. Føde/barsel SSHF</b>				<b>Side: 4</b> <b>Av: 4</b>
Dokument-id: I.4.8.1.3-26	Utarbeidet av: Ida McFadzean	Fagansvarlig: Seksjonsoverlege føde/barsel SSK, Janne Røssen	Godkjent dato: 21.02.2023	Godkjent av: Mikkel Høiberg	Revisjon: 9.00

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Fellesprosedyrer Obstetrikk/Barsel SSHF

[Cottermans grep mot brystspreg - Ammehjelpen](#)

[Bakteriell mastitt - Helsedirektoratet](#)

[Amning og ernæring det første året.](#) – Helsenorge.no

#### Kryssreferanser