OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Gäller för: Verksamhet Obstetrik
Innehållsansvar: Carolina Herding, (carhe49), Underläkare, ST
Granskad av: Erica Ginström Ernstad, (erigi2), Sektionschef
Godkänd av: Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-09-19
Giltig till: 2028-09-18

Mastit – bröstinfektion

Förutom SU gäller riktlinjen även för

Mödrahälsovård i Göteborg och Södra Bohuslän.

Revideringar i denna version

Ersätter version ifrån 2016-04-26. Revideringar är gjorda i stycket Behandling, flucloxacillindosen är nu 1g x 3 i 10 dagar oavsett tid från förlossningen.

2023-09-08 Endast sett över så att informationen i dokumentet fortfarande är aktuellt och förlängt giltighetstiden.

2025-09-02 Endast förlängt rutinen två år och bytt innehållsansvarig.

2026-09-18 Rutinen har reviderats avseende bakgrund, diagnostik, konservativ behandling, amning, egenvård och uppföljning utifrån aktuella rekommendationer.

Utförande

Bakgrund

Mastit är ett inflammatoriskt tillstånd i bröstet under amningsperioden med multifaktoriell bakgrund och kan förekomma med eller utan bakteriell infektion. Inflammatorisk mastit kan utvecklas till bakteriell mastit och i vissa fall bröstabscess.

Initial bröstspänning i samband med att mjölkproduktionen ökar de första dagarna efter förlossningen är ett fysiologiskt tillstånd och ska skiljas från mastit. Tillståndet är vanligen bilateralt och kan ge spända, svullna och ömma bröst.

Diagnostik

Det kan vara svårt att skilja inflammatorisk från bakteriell mastit enbart utifrån symtom. Anamnes, klinisk bild och sjukdomsförlopp är därför centrala för bedömningen.

Symtom

- Lokal smärta och ömhet
- Rodnad och svullnad
- Palpabel förhårdnad eller resistens
- Feber och allmänpåverkan

Sår eller skada på bröstvårtan kan förekomma men krävs inte för diagnos.

Vid inflammatorisk mastit rekommenderas initialt konservativ behandling. Vid utebliven förbättring inom 24 - 48 timmar, försämring eller klinisk misstanke om bakteriell mastit bör antibiotikabehandling övervägas.

Odling

Generell bröstmjölksodling rekommenderas inte eftersom bakterier kan förekomma i bröstmjölk även hos friska kvinnor. Vid insättande av antibiotikabehandling rekommenderas enligt lokal rutin att bröstmjölksodling tas före behandlingsstart. Efterfråga både allmän odling och MRSA.

Odlingsmetod

- Kvinnan tvättar händerna och bröstvårta/vårtgård rengörs med rent vatten.
- Kvinnan handmjölkar tills mjölkflödet ökat. Den första portionen kasseras och därefter samlas mjölken i en ren engångsmugg. Pump kan användas om handmjölkning inte är möjlig.
- Minst 2 ml mjölk hälls i ett urinodlingsrör och skickas till baktlab. Provet förvaras i kyl i väntan på transport.
- Hon ska sitta lätt framåtlutad så att mjölken rinner direkt ner i muggen.

Bröstmjölksodling är inte helt tillförlitlig och både odlingsfynd och negativa odlingssvar ska värderas tillsammans med den kliniska bilden.

CRP

CRP behöver inte tas rutinmässigt eftersom det inte kan skilja bakteriell från icke-bakteriell mastit och därför inte ensamt kan avgöra behovet av antibiotikabehandling. Förhöjda värden kan förekomma även vid inflammatorisk mastit.

Vid misstanke om abscess utförs ultraljud.

Behandling

Vid klinisk misstanke om bakteriell mastit påbörjas antibiotikabehandling.

- Flukloxacillin (T Heracillin ®) per os 1 g x 3 i 10 dagar.
- Vid överkänslighet mot penicillin ges klindamycin (Dalacin ®) per os 150 mg x 3 i 10 dagar
- Vid klinisk misstanke på streptokockinfektion med erysipelasliknande kraftig hudrodnad ges tillägg av fenoximetylpenicillin (T Kåvepenin®) 1g x 3 i 10 dagar i kombination med flukloxacillin enligt ovan. OBS Ej vid Pc-allergi.

Behandlingen justeras vid behov utifrån odlingssvar och kliniskt förlopp.

Smärtlindring och egenvård

I första hand rekommenderas ibuprofen (T Iprén ®) 400 mg x 3 och det kan med fördel kombineras med paracetamol (T Pamol ®) 1 g x 4.

Kyla kan appliceras efter behov för att minska smärta och ödem. Värme rekommenderas inte rutinmässigt, men kan användas kortvarigt om kvinnan upplever symtomlindring.

En mjuk, välsittande och stödjande BH rekommenderas. Bygel-BH, åtsittande kläder eller annat som orsakar lokalt tryck eller obehag mot bröstvävnaden bör undvikas.

Djup eller kraftig massage och annan hårdhänt manipulation av bröstet bör undvikas eftersom detta kan orsaka vävnadstrauma och förvärra inflammation och ödem.

Amning

Fortsatt amning rekommenderas och bör i första hand ske genom direktamning efter barnets signaler. Bröstmjölk från ett inflammerat eller infekterat bröst är inte skadlig för ett friskt fullgånget barn.

Om barnet har ett bra tag och ammar effektivt behövs ingen ytterligare mjölkutdrivning. Bröstet behöver inte tömmas efter amning. Extra

amning, handmjölkning eller pumpning i syfte att tömma bröstet bör undvikas eftersom överdriven mjölkutdrivning kan stimulera ökad mjölkproduktion och bidra till kvarstående eller förvärrad inflammation.

Om barnet inte kan eller vill amma, inte suger effektivt eller om amningen är för smärtsam kan handmjölkning eller pumpning användas efter behov. Handmjölkning rekommenderas i första hand och bör läras ut som egenvårdsåtgärd. Mjölkutdrivningen ska vara skonsam och syfta till symtomlindring och att upprätthålla mjölkproduktionen, inte till att tömma bröstet.

Vid uttalad inflammation och ödem kan mjölkflödet tillfälligt vara nedsatt och barnet kan ha svårt att få tag om bröstet. Vid ödem kring vårtgården kan Cottermans grepp (reverse pressure softening) användas före amning. Vid behov kan en mindre mängd mjölk handmjölkas för att mjuka upp vårtgården och underlätta barnets tag.

Vid så uttalat ödem att amning eller mjölkutdrivning från det drabbade bröstet inte är möjlig bör upprepade försök och kraftig manipulation undvikas. Barnet kan tillfälligt ammas från det andra bröstet och amning från det drabbade bröstet återupptas när ödem och inflammation minskat.

En tillfällig minskning av mjölkproduktionen i det drabbade bröstet kan förekomma men återhämtar sig vanligen när inflammationen avtar. Abrupt amningsnedläggning i samband med mastit bör undvikas.

Amningsobservation/rådgivning

Amningsobservation rekommenderas vid amningstekniska svårigheter, kvarstående eller återkommande besvär. Bedöm barnets position och tag, amningsmönster, eventuell smärta vid amning samt användning av bröstpump eller annan extra mjölkutdrivning.

Rådgivning anpassas individuellt utifrån kvinnans och barnets behov.

Uppföljning

Uppföljning sker via Amningsmottagningen eller Antenatalenheten utifrån kliniskt behov. Vid försämring eller utebliven förbättring inom 24 - 48 timmar rekommenderas ny medicinsk bedömning. Vid kvarstående feber, allmänpåverkan eller lokal resistens bör komplikation såsom bröstabscess övervägas och behov av ultraljud bedömas.

Vid pågående antibiotikabehandling och utebliven klinisk förbättring bör odlingssvar, antibiotikaval och differentialdiagnoser omvärderas.

Vid kvarstående resistens efter avslutad behandling rekommenderas klinisk uppföljning. Vid utebliven regress eller kvarstående resistens efter 4 veckor remitteras patienten till bröstmottagningen, SU.

Ansvar

Gäller för personal inom de enheter/verksamheter som berörs av rutinen. Ansvar för spridning och implementering har VEC/EC. Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar/lagar.

Referenser

AMSAK Bröstkomplikationer i samband med amning. Stockholm läns landsting 2016.

Kvist L, Larsson B, Hall-Lord M, Steen A, Schalén C. The role of bacteria in lactational mastitis and some considerations of the use of antibiotic treatment. International breastfeeding journal 2008,3:6.

Jahanfar S et al. Antibiotics for mastitis in breastfeeding women. Cochrane review, 2016.

Mitchell KB, Johnson HM, Rodríguez JM, et al. Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum, Revised 2022. Breastfeeding Medicine. 2022;17(5):360–376. doi:10.1089/bfm.2022.29207.kbm.

Granskare/arbetsgrupp

Anna-Karin Ringqvist, verksamhetsutvecklare.

Uppföljning, utvärdering och revision

Verksamhetschef ansvarar för uppföljning av innehållet i rutinen. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Obstetrix/Melior, om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControl PRO.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje verkställighet

Gäller för: Verksamhet Obstetrik

Innehållsansvar: Carolina Herding, (carhe49), Underläkare, ST

Granskad av: Erica Ginström Ernstad, (erigi2), Sektionschef

Godkänd av: Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9786-1429723585-208

Version: 11.0

Giltig från: 2026-09-19

Giltig till: 2028-09-18