

Gäller för: Verksamhet Obstetrik

Giltig från: 2025-09-03

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

Giltig till: 2027-09-03

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

Godkänd av: Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

Bröstabscess, Amning

Revideringar i denna version

Ersätter version ifrån 2018-05-08. Revideringen är gjord i stycket
Behandling, borttag av behandling med Hydrosorbgel.

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

2025-09-02 förlänger rutinen två år och byter innehållsansvarig.

Utförande

Diagnos

Diagnostik bygger på palpation och ultraljudundersökning som utförs av
gynekolog/obstetriker. (För att göra en ultraljudsundersökning av bästa
kvalitet kan GE Voluson användas).

- Om **storlek** < **3 cm** med stark misstanke om abscess punktera
med rosa kanyl eller venflon och töm abscessen. En mindre
abscess kan behöva tömmas vid fler tillfällen. Följ upp efter
några dagar.
- Om abscessen har en **diameter** > **3 cm** rekommenderas incision
och dränage av abscessen enligt nedan.

Behandling

Abscess > 3 cm i diameter behandlas på obstetriska mottagningen med
inläggning av pigtailkateter, töms och spolats med steril NaCl-lösning.
Gör en liten incision med skalpell innan pigtailkatetern förs in. Ingreppet
utförs av läkare på obstetriska mottagningen. Använd plastförkläde.
Bakterieodling skickas. Töm kaviteten på pus och uppskatta mängden.
Spola sedan med motsvarande mängd NaCl 2-3 ggr. Proppa katetern.
Bedövning: Lägg EMLA senast 30 min före punktion, premedicinera

med tablett Diklofenac[®] 50 mg, tablett Panodil[®] 1g p.o. Lägg lokalbedövning före incisionen.

Vid misstanke om septum/septa i abscessen, vid misstanke om mer trögflytande innehåll (mer ekogen bild på ultraljud) eller om behandling med pigtailkateter misslyckats görs incision på operation. Odlå från sårhålan (efterfråga allmän odling + MRSA på samma prov) och sätt in ett dränage. Spola med NaCl.

Antibiotikabehandling

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 erysipelas tillägg av T. Fenoximetylpenicillin 1000 mg 1 x 3

Vid blandinfektioner med Stafylococcus aureus och Streptokocker grupp A och B rekommenderas i första hand T. Flukloxacillin dosering som ovan.

Tänk på att vid val av punktionslokalisering ta hänsyn till amningen. Patient skall uppmuntras fortsätta att amma även på den inciderade sidan.

Amning

Barnet kan fortsätta att ammas på båda brösten och mamman uppmuntras att fortsätta amma även på den infekterade sidan. Vid de tillfällen det är för smärtsamt eller svårt för mamman att amma på det infekterade bröstet kan hon avvakta med amningen på den sidan någon eller några dagar och fortsätta amma på det friska bröstet. Om hon avvaktar att amma det infekterade bröstet och det spänner kan hon försiktigt handmjölka ur bröstet. Så fort det är möjligt kan hon återuppta amningen på den sidan. Det går också bra att fortsätta amma på enbart ett bröst. Hon kan få råd och stöd i amningen på Amningsmottagningen.

- Det är inte lämpligt att lägga ner amningen i samband med en infektion i bröstet.
- Ställningstagande till fortsatt amning rekommenderas efter att behandlingen är klar.

Smärtlindring

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

Uppföljning pigtailkateter

Behandling och uppföljning sker polikliniskt. Abscesskaviteten spolas ren 4 gånger dagligen med NaCl (utförs av patienten själv eller av anhörig). Vid varje tillfälle spolas kaviteten 3 gånger.

Patienten instrueras på den obstetriska mottagningen (på operationsdagen) i hur spolning av abscessen går till. De kommer åter för klinisk undersökning och ev ultraljud till dagsjukvården efter 3-5 dagar (tid bokas av personal på operationsdagen).

- De första gångerna spolas abscessen med samma mängd NaCl som vid punktionen. Successivt kommer kaviteten att minska i storlek varför patienten uppmanas att reducera inspolningsmängden vid ömhet och obehag.
- Vid varje spolningstillfälle skall hålan tömmas och fyllas 3-4 ggr. Då mängden NaCl som ryms i kaviteten understiger 10 ml kan katetern tas bort.
- Utrustning för spolning erhålls från dagsjukvården.
- Patientinformation lämnas till patienten.
- Katetern dras när kaviteten försvunnit eller inget ytterligare utbyte vid spolning erhålls (i genomsnitt efter 3-5 dagar). Läkningstiden kan dock variera varför man förbereder patienten på att ha kvar katetern 3–7 dagar.

Differentialdiagnostik

Det finns inflammatoriska bröstcancertyper som makroskopiskt kan se ut som en bröstböld. Vid utebliven klar förbättring efter fyra veckors behandling remitteras patienten till bröstmottagningen, SU.

Referenser

AMSAKs vårdprogram för bröstkomplikationer i samband med amning. 2016.

Irusen H, Rohwer AC, Steyn DW, Young T. Treatments for breast abscesses in breastfeeding women. Cochrane Database Syst Rev. 2015;8:CD010490.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26279276>

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.

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.

Granskare

Anna-Karin Ringqvist Verksamhetsutvecklare

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

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: SU9786-1429723585-164

Version: 12.0

Giltig från: 2025-09-03

Giltig till: 2027-09-03