

Adolesan kız çocuğunda meme apsesi : Bir olgu sunumu

Ahmet Bolat(*), Mehmet Saldır(*), Mustafa Gülgün(**), Necati Balamtekin(***)

ÖZET

Meme apsesi ve mastit kızarıklık, lokal ısı artışı şeklinde kendini gösterir. Çocukluk yaş grubunda tanımlanan olguların çoğunluğu neonatal dönemdedir. Meme apsesi çoğunlukla yenidoğan yaş grubunda görülse de nadiren daha büyük çocuklarda da görülebilir. Lezyon henüz küçük iken geniş spektrumlu antibiyotik verilerek tedavi edilir. Antibiyotiğe cevap vermeyen olgularda apse drenajı gerekebilir. Bu yazıda meme apsesi tanısı alan 12 yaşındaki bir kız olgu sunularak yenidoğan dönemi dışındaki çocuklarda sık görülmeyen meme apsesine dikkat çekilmek istenmiştir. Olgu apsenin iğne aspirasyonu ile drene edilmesi ve antibiyoterapi ile iki hafta içinde komplikasyonsuz düzelmiştir.

Anahtar Kelimeler: *Adolesan, meme apsesi*

SUMMARY

Breast abscess in adolescent girl: A case report

Breast abscess and mastitis manifest itself as erythema and increase in local temperature. While still small lesions are treated by administering a broad spectrum antibiotic. Abscess drainage may be necessary in patients who do not respond to antibiotics. Majority of the patients with breast abscess in childhood are in the neonatal period. Breast abscess are defined mostly in the neonatal age group but rarely seen in older children. In this paper, a 12 year old girl with breast abscess is presented and it is aimed to draw attention to breast abscess that is infrequent in childhood except the neonatal period. The patient recovered without any complications within two weeks with antibiotic treatment and draining of the abscess by a needle aspiration.

Key words: *Adolescent, breast abscess*

Giriş

Mastit ve meme apsesi, meme dokusunun iltihabı olup kızarıklık ve ısı artışı ile karakterizedir. Bu hastalıklar çocuklarda yenidoğan döneminde görülebilen ancak daha sonra çocuklarda çok nadir karşılaşılan klinik antitelendir (1-9).

Bu makalede memede şişlik, kızarıklık, ısı artışı ile başvuran ve meme apsesi tanısı alan 12 yaşındaki bir kız olgu sunulmuş ve literatür ışığında tartışılmıştır.

Olgu

On iki yaşında, kız hasta sol memede şişlik, kızarıklık şikayeti ile hastanemiz çocuk polikliniğine başvurdu. Hastalık öyküsünde şikayetlerinin birkaç gün önce başladığı ve giderek arttığı, travmaya maruz kalmadığı, cinsel istismara uğramadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde vücut ısı:380C aksiller, nabız: 88/dk, arteriyel kan basıncı: 110/70 mmHg olarak ölçüldü. Sol memede şişlik, hiperemi, hassasiyet, ısı artışı ve fluktuasyon veren 8x7 cm boyutlarında kitle saptandı. Meme başından akıntı tespit edildi (Resim 1).



Resim 1. Sol meme apsesi.

Laboratuvar incelemelerinde hemoglobin: 14,4 g/dl, lökosit: 14,4x10³/mm³ (%74 nötrofil), trombosit: 371x10³/ml, C Reaktif Protein (CRP): 58 mg/dl (0-6 mg/dl) olarak ölçüldü. Karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri, serum elektrolitleri ve kan şekeri normaldi. Meme ultrasonografisinde sol meme retroareolar alanda heterojen ekoda, içerisinde septasyonlar ve seviyelenme veren sıvıları olan apse ile uyumlu loküle mayı varlığı rapor edildi (Resim 2). Apse tanısı alan hastaya ultrasonografi eşliğinde ince iğne aspirasyonu yapılarak apse drene edildi ve ampirik olarak 150 mg/kg/gün dozunda intravenöz sefuroksim sodyum tedavisi başlandı. Tedavinin ikinci gününden itibaren hiperemi, ısı artışı azaldı ve dördüncü gününde meme derisindeki bulgular düzeldi. Aspirat örneğinin

* Gülhane Askeri Tıp Akademisi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD.

** Gülhane Askeri Tıp Akademisi Çocuk Kardiyolojisi BD.

*** Gülhane Askeri Tıp Akademisi Çocuk Gastroenterolojisi BD

Ayrı Basım İsteği: Ahmet BOLAT

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD.
(ahmetbolat78@myynet.com)

Makalenin Geliş Tarihi: May 15, 2014 • Kabul Tarihi: Oct 09, 2014 • Çevrim İçi Basım Tarihi: 30 Aralık 2015



Resim 1. Meme apsesi ultrasonografi bulguları.

patoloji sonucu apse olarak rapor edildi, kültüründe üreme tespit edilmedi. Dört gün intravenöz tedaviden sonra 7 gün oral 30 mg/kg/gün sefuroksim aksetil tedavisi alan hastada kontrol muayenesi, laboratuvar incelemesi ve ultrasonografisinde enfeksiyon bulgularının tamamen düzeldiği gözlemlendi.

Tartışma

Mastit ve meme apsesi çocuklarda seyrek olup olguların çoğunluğu yenidoğan döneminde bildirilmiştir (1-9). Yenidoğan döneminden sonra ikinci sıklıkta 10 yaş üzeri çocuklarda görülmektedir (10). Literatürde bildirilen çalışmaların sonuçları bu bimodal dağılımı göstermektedir (10). Meme apsесinin en sık yenidoğanda ve 10 yaş üzeri çocuklarda görülmesi her iki yaş grubunda meme dokusunun büyümesi ile ilişkili olabilir. Yenidoğanda anneden transplasental geçen hormonların varlığı ve pubertal dönemde cinsiyet hormonlarının artış göstermesi bu durumu desteklemektedir (10).

En sık görülen klinik bulgular etkilenen göğüste şişlik, kızarıklık, ısı artışı olup nadiren memede akıntı gözlenebilir. Memede kitle ile başvuran çocukların %4-6'sında meme apsесi bildirilmiştir (11). Mastit apseye dönüşürse fluktasyon veren kitle palpe edilir (8,12). Literatürde bildirilen olguların yaklaşık üçte ikisinin kız olduğu, hastaların sistemik semptomlarının hafif düzeyde olduğu, bakteriyeminin nadir olduğu bildirilmektedir (10). Mastitin meme apsесinden ayırımında ve tedaviye yanıtın izleminde kullanılan en değerli yöntem ultrasonografidir (13). Olgumuzun fizik incelemesinde sol meme başından akıntı, fluktasyon veren kitlesi mevcuttu ve ultrasonografi bulguları apseyi destekler nitelikteydi. Hastanın tanısı fizik muayene bulguları ve ultrasonografi sonuçlarıyla konuldu.

Meme apsесi olgularının %18'inde diabetes mellitus ve %42'sinde intravenöz ilaç kullanımı/bağımlılığı bildirilmekte olup bunların apse gelişimi için predispozan faktörler olduğu düşünülmektedir (14). Olgumuzun değerlendirilmesinde ilaç kullanımı/bağımlılığı öyküsü olmayıp serum glukoz düzeyi ve HbA1c değeri normal olarak saptanmıştır. Adolesan yaş grubunda travma ve insan ısıriğının apse gelişiminde rol oynadığı bilinmekle (15) birlikte olgumuzda bu faktörler anamnez ve fizik inceleme ile dışlanmıştır. Olgumuzda meme apsесine neden olabilecek bir faktör saptanamamış olup apsenin spontan olarak geliştiği düşünülmüştür.

Olguların çoğunda en sık etken gram pozitif aerob bakteriler olup bunların içinde ise en sık saptananı *S.aureus*'tur. Diğer sık etkenler *E.coli* gibi gram negatif basiller ve anaerob bakterilerdir. Daha az sıklıkla fungal etkenler görülmektedir. Olguların %4-16'sında ise kültürlerde herhangi bir mikroor-

ganizma üretilmemektedir. (10,14,16). Olgumuzda alınan aspirat kültüründe etken üretilmemiştir. Lezyon henüz küçük iken geniş spektrumlu bir antibiyotik verilerek tedavi edilebilir (1-12,14,16). Kültür sonuçlanana kadar antibiyoterapinin stafilokok ve streptokokları kapsayacak şekilde planlanması önerilmektedir. Bununla birlikte intravenöz ilaç bağımlılarında anaerobik etkenler de tedavide düşünülmelidir (14). Son yıllarda Metisilin Dirençli *S.aureus* (MRSA) prevalansının artış gösterdiği bildirilmektedir (14). Kültür sonuçlarına göre şekillenmekle birlikte başlangıç tedavisi olarak amoksisilin-klavulanik asit, ampicilin-sulbaktam, sefalosporin-metronidazol kombinasyonu, sefazolin, sefalekssin tercih edilebilir (10,14,16). Bir kısım yazarlar artan MRSA prevalansı nedeniyle başlangıç ampirik tedavinin klindamisin, trimetoprim-sülfametoksazol, rifampisin içermesinin uygun olacağını belirtmektedir (14,16). Özellikle neonatal dönemdeki meme apsесlerinin tedavisinde başlangıçta tedaviye hastanede intravenöz olarak başlanması ve klinik yanıtı göre oral tedaviye geçilmesi genel bir tedavi prensibidir (1-9). Enfeksiyon apse drenajı ve 7-10 günlük antibiyotik tedavisine iyi yanıt vermektedir (10,14,16,17). Yüksek ateş ve memede kızarıklık, ağrı şikayetleriyle başvuran olgumuzun lökosit ($14,4 \times 10^3/\text{mm}^3$) ve CRP (58mg/dl) değerleri yüksek saptandı, hospitalize edilerek tedavisi planlandı. Apse drene edilerek ampirik intravenöz sefuroksim başlanan ve klinik tablonun hızla gerilemesi üzerine oral sefuroksim ile tedavisine devam edilen olgumuz komplikasyon gelişmeden tam olarak iyileşti.

Memede kızarıklık, şişlik, ağrı şikayetleri ile başvuran olguların fizik incelemesinde şişlik, hiperemi, hassasiyet, ısı artışı ve fluktasyon veren kitle bulguları saptandığında meme apsесi akla getirilmeli, laboratuvar ve ultrasonografi bulguları ile apse tanısı desteklenmelidir. Tedavide apse drene edilerek ampirik intravenöz antibiyoterapi başlanmalı ve predispozan faktörler araştırılmalıdır. Apse kültürü sonucu ile antibiyoterapi gözden geçirilmeli, klinik yanıtı göre oral antibiyotik ile tedaviye devam edilmelidir.

Büyük çocuklarda meme apsесi olgularının sık görülmemesi ve kız adolesanların pediatristlerden ziyade jinekolog/cerrahlara başvurması nedeniyle pediatristlerin pek karşılaşmadığı bu hastalığın hatırlanması amacıyla bu olgu sunulmuş olup, etkenler ve tedavisine dikkat çekilmek istenmiştir.

Kaynaklar

1. Stricker T, Navratil F, Sennhauser FH. Mastitis in early infancy. *Acta Paediatr* 2005; 94: 166-169.
2. Mutlu M, Sarıaydın M, Kader Ş, Aslan Y. Neonatal Mastit. *J Pediatr Inf* 2013; 7: 68-71.
3. Arunagirinathan A, Duraipandian J, Rangasamy G, Shivekar S, Saban P, Shivekar S. Bilateral breast abscess in a neonate: A case report. *IJCRI* 2011; 2: 26-28.
4. Memur Ş, Korkmaz L, Baştuğ O, Göktaş MA, Kurtoğlu S. Yenidoğanda bilateral meme apsесi. *Turkish J Pediatr Dis* 2013;7(1): 57-59.
5. Sainsbury R. Mastitis of infants. In: Williams NS, Bulstrode CJK, O'Connell PR. (eds). *Bailey and Love's Short Practice of Surgery*. 25th ed. Edward Arnold Ltd, 2008: 831-832.
6. Karagöl BS, Karadağ N, Dursun A, Okumuş N, Zencirlioğlu A. Meme Masajı ve Neonatal Mastit: Bir Vaka Sunumu. *Çocuk Dergisi* 2012; 12(2): 95-97.
7. Brook I. Cutaneous and subcutaneous infections in

- newborns due to anaerobic bacteria. *J Perinat Med* 2002; 30: 197-208.
8. Sloan B, Evans R. Clinical pearls: neonatal breast mass. *Acad Emerg Med* 2003; 19: 165-166.
 9. Kaneda HJ, Mack J, Kasales CJ, Schetter S. Pediatric and adolescent breast masses: a review of pathophysiology, imaging, diagnosis, and treatment. *AJR Am J Roentgenol.* 2013; 200(2): 204-212.
 10. Faden H. Mastitis in children from birth to 17 years. *Pediatr Infect Dis J* 2005; 12: 1113.
 11. West KW, Rescoria FJ, Scherer LR, Grosfeld JL. Diagnosis and treatment of symptomatic breast masses in the pediatric population. *J Ped Surg* 1995; 30(2): 182-187.
 12. Alan S, İskender D, Tezer H, Devrim İ, Dursun A, Kara A, Erken infantlarda meme masajı ve mastit. Bir vaka sunumu. *J Pediatr Inf* 2007; 1: 121-13.
 13. Borders H, Mychaliska G, Gebarski KS. Sonographic features of neonatal mastitis and breast abscess. *Pediatr Radiol* 2009; 39: 955-958.
 14. Zimmerman LH, Tyburski JG, Stoffan A, et al. Twelve hundred abscesses operatively drained: An antibiotic conundrum? *Surg J* 2009; 4: 794-799.
 15. Meisner ALW, Fekrazad MH, Royce ME. Breast Disease: Benign and Malignant. *Med Clin N Am* 2008; 92: 1115-1141.
 16. Dabbas N, Chand M, Pallett A, Royle GT, Sainsbury R. Have the organisms that cause breast abscess changed with time? Implications for appropriate antibiotic usage in primary and secondary care. *Breast J* 2010; 16: 412-445.
 17. Schwarz RJ, Shrestha R. Needle aspiration of breast abscess. *Am J Sur* 2001; 18: 117-119.