



# Mastitler

## Mastitis

Fazilet Erözgen, Mehmet Celal Kızılkaya, Gamze Çıtlak

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye

### Özet

Mastitler memenin inflamasyonu ile seyreden enfeksiyöz ya da nonenfeksiyöz hastalıklardır. En sık süt stazi ve üzerine eklenen enfeksiyonlarla beraber emzirme döneminde (puerperal) gözlenir. Çoğu süt akışını sağlayan basit önerilerle iyileşirken, bir kısmında antibiyoterapi ve abse drenajı gerekebilir. Emzirme dönemi dışında mastitler; tekrarlayan enfeksiyonlar ve abse ile karşımıza çıkar. Sigara içimi, diyabet, romatoid artrit gibi bazı nedenler sebep olarak karşımıza çıksa da idiyopatik granümatöz mastitlerde sıkça gözlenmektedir. Meme kanseri ile karışan bu olgularda biopsisiz tedavi yaklaşımı sakıncalı ve zararlıdır. Meme absesi gelişen olgularda ultrasonografi eşliğinde abse boşaltımı ve poşun serum fizyolojik ile irrigasyonu günümüzde tercih edilen tedavi yaklaşımıdır. (*Haseki Tıp Bülteni 2014; 52: 150-2*)

**Anahtar Sözcükler:** Mastit, meme absesi, granümatöz mastit

### Abstract

Mastitis is an infectious or non-infectious breast disease associated with breast inflammation. It is observed most frequently during milk stasis (engorgement) and lactation period (puerperal) with superimposed infection. Most mastitides heal with simple self-help measures, however, sometimes antibiotherapy and abscess drainage may be required. Other than lactating period, mastitides are encountered in the presence of recurrent infections and abscess. Although various factors, such as smoking, diabetes, rheumatoid arthritis can at times be the root causes of mastitis, they are frequently observed in granulomatous mastitides. Treatment approaches not involving biopsy are disadvantageous and harmful in such cases which can be confused with breast cancer. Ultrasound-guided abscess drainage in patients with breast abscess and irrigation of the pouch with saline are the preferred treatment approach today. (*The Medical Bulletin of Haseki 2014; 52: 150-2*)

**Key Words:** Mastitis, breast abscess, granulomatous mastitis

### Giriş

Kelime anlamı meme iltihabı olan mastitler, memenin inflamatuvar hastalığını ifade etmekle birlikte, bazen enfeksiyöz kaynaklı olur. Orta yaş grubunda ve kadınlarda daha siktir. Mastitler, laktasyonel (puerperal), nonlaktasyonel ve meme absesi olarak sınıflandırılır.

#### Laktasyonel (Puerperal) Mastit

Mastitler içinde en sık görülenidir (1,2). Emzirmenin ilk 12 haftasında daha siktir. Anamnezde, genellikle yetersiz emme öyküsü veya emzirmede güçlük vardır (3). Süt stazi ve enfeksiyon iki ana nedendir.

Süt stazi ile başlayan süreç sitokinlerin de etkisiyle olgulaşmakta inflamasyonla beraber mastitin klinik bulguları ortaya çıkmaktadır. Memede ağrı, eritem ve ateş klasik triadıdır. Bakterilerin yerleşmesi için ortam olursa enfeksiyon meydana gelir. Enfeksiyonun memeye hangi

yoldan geldiği belirsizdir, ancak meme başı çatlağı ana risk faktörüdür (4). Malinite şüphesi yoksa ek radyolojik tetkiklere ihtiyaç yoktur.

Doğru emzirme desteği verilerek süt akışının sağlanması tedavide ana prensiptir. Emzirme bebek için zararlı değildir, aynı zamanda sütü boşaltmanın ideal yoludur (5). Semptomatik yaklaşımla %95 başarı sağlansa da; 24 saat içinde rahatlamayan hastaya, şikayetleri sepsis bulgularıyla seyreden, meme başı çatlağı bulunan, kültür sonucu enfeksiyöz mastit düşündüren olgularda antibiyoterapi başlanmalıdır (6). En sık etken stafilokokus aureustur. Streptokok ve Stafilokokus epidermiste izole edilebilen etkenlerdendir (7). Enfekte sütteki bakteri oranı ile klinik orantılı değildir (8). Yine mastit bulgulu hastalarda sütteki laktobasillerin azaldığı tespit edilmiş, tedavi olarak oral laktobasil fermentum ve salivarius verilerek tedavi de başarılı sonuçlar alınmıştır (9,10). Kültür rutin olarak

önerilmemektedir. Tedavide muhtemel mikroorganizmalara karşı oral antibiyotikler (ampisilin sulbactam 2x1 gr ya da amoksisilin kavulonat 2x1 gr) 10-14 gün süreyle önerilen kombinasyonlardır (7).

### **Subareolar (Santral) Enfeksiyon**

Dilate duktuslar etrafında oluşan inflamasyonu tanımlayan mastittir. Zuska hastalığı, kronik piyogenik mastit, komedomastit gibi isimlerde verilmiştir. Patofizyolojisinde duktal ektazi ve tekrarlayan apselerin, duktusun kolumnar epitelinin epidermalizasyonu ve squamoz metaplazi sonucu duktal tıkanma olduğu düşünülmektedir. Keratin üretimiyle tıkanan kanalda, sekretuar materyal birikimi dilatasyon yapar, basınç artışı ile epitel rüptürü, ardından periduktal hasar ve keratin irritasyonu ile inflamasyon gelişir (11). Hormonal değişimler (östrojen, prolaktin), vitamin A eksikliği, sigara başlatıcı faktörler olarak suçlanmaktadır, hastaların %90'ı sigara kullanmaktadır (1).

Subareolar enfeksiyonlara sıklıkla 3. dekatta rastlanır ve nonlaktasyonel mastitlerin en sık nedenidir. Ağrı ve meme başı akıntısı kitle, abse, fistül, meme başı çekintisi gözlenebilir. Erkeklerde görülebilir ve bilateral olabilir. Tanıda ultrasonografi sıklıkla kullanılır, bulguları nonspesifiktir. Sefalosporin ve metranidazol kombinasyonun iki hafta süreyle önerilmekle beraber, yanıt oranı düşüktür. Ponksiyon sonrasında devam eden şikayetlerde altın standart duktusun veya duktusların cerrahi eksizyonudur (11).

### **Periferik Nonlaktasyonel Enfeksiyon**

Bu tip mastitler diyabet, romatoid artrit, steroid kullanımı, travma ve karsinom ile ilişkili olabileceği gibi, genellikle idiyopatiktir. Otuz beş yaşını geçmiş risk faktörü bulunmayan hastalarda mamografi çekilmesi duktal karsinoma in situ ayrımı için önerilmektedir. Etken stafilokokus aureus, streptokoklar, bazen anaeroblardır. Tedavi laktasyonel mastit gibidir. Abse %10 vakada gelişir, kültür almak önerilir (11).

### **Granülatöz Mastit**

Memenin tüm granülatöz lezyonları için granülatöz mastit terimi kullanılmaktadır. Sarkaidoz, histoplazmozis, Wegener granülatozu, tüberküloz, tifo, bruselloz, fungus, parazit gibi nedenler granülatöz mastit etkeni olabilmektedir. Ancak en sık neden idiyopatik granülatöz mastittir.

İdiyopatik granülatöz mastit (İGM) patogenezi belirsiz, sıklıkla 3. ve 4. dekatta, doğum sonrası gözlenebilen mastit şeklidir (12). Lobüllerden extravaze olan sekresyona otoimmün cevap geliştiği düşünülmektedir. Başka otoimmün hastalıklarla beraber de olabilir. Oral kontraseptif kullanımına eşlik edebilir (13). Klinik ağırlı kitle, apse, fistül, meme başında çekilme şeklinde olabilir. %50 vaka kanser ile karışır. Tanı için tüm radyolojik bulgular nonspesifiktir ve kesin tanı için doku biopsisi şarttır (14,15). Doku biopsisinde nonkazeifiye granülom, dev

hücreler, kronik inflamasyon, mikroabseler ve yağ nekrozu görülür. Antibiyoterapi işe yaramaz, apse kültürlerinde üreme olmaz. Yineleme siktir (%10-%50). Ayırıcı tanıda diğer mastit nedenleri de dışlanmalıdır (15).

İGM tedavisinde, konservatif yaklaşım, cerrahi ve medikal tedavi hala seçenekler arasındadır. Esas sorun bu hastalarda malinitenin dışlanmasıdır. Malinite dışlandığında asemptomatik kitlelerde eksizyon şart değildir. Cerrahi tedavi olarak drenaj, sınırlı veya geniş cerrahi eksizyon ve mastektomi uygulanabilir (16). Geniş cerrahi eksizyon en sık tercih edilen yaklaşımdır. Ağrının fazla olması, kitlenin büyüklüğünün çıkarılmaya uygun olması, biopsinin tanı için yetersiz olması eksizyonel biopsiyi gerekli kılar (15). Negatif sınırlı eksizyon sınırlı eksizyondan daha iyi sonuç vermektedir (13). Abse varsa drenaj yapılmalıdır. Medikal tedavi cerrahi uygulamadan önce, cerrahi ile beraber yada cerrahi sonrası steroid tedavisi şeklinde uygulanabilir (14,16,17). Steroid tedavisi özellikle abse veya fistülle komplike vakalarda; nükslerde önerilmektedir. Steroid başlanırken, vücutta başka enfeksiyonun özellikle tüberkülozun olmadığı kanıtlanmalıdır (16). Steroid tedavisinde iyileşme oranı %90'ın üzerindedir. Steroide yanıtız yada steroidin ciddi yan etkileri gelişen hastalarda (glukoz intoleransı, cushingoid görünüm gibi), metotreksat veya azatiyopurin gibi diğer immunosupresifler kullanılabilir (18).

### **Tüberküloz Mastit**

Granülatöz mastitlerden biri olan tüberküloz mastit; tüberkülozlu vakaların %0,1 ile %0,5 arasında görülür (19). Endemik bölgeler, az gelişmiş ülkelerde sıkça rastlanmakta; HIV pozitifliği ile ilişkili olarak gelişmiş ülkelerde de oranı gittikçe artmaktadır. Meme cildinde multipl fistül ağızları, kitle, ülser ve tekrarlayan abse odakları İGM'de benzer tablo oluşturmaktadır. Yirmi, 40 yaş arası kadınlarda ve sıklıkla primer meme tutulumu ile karşımıza çıkmaktadır. Aside dirençli basil tayini, kültür, polimeraz zincir reaksiyon testi (PCR) gibi mikrobiyolojik testler negatif olabilir (20). Tanıda patolojik inceleme esastır. İGM'den farklı olarak granülatöz lobüllere sınırlı değildir, yaygın ve kazeifikasyon nekrozu gösterirler. En az altı ay süre ile dörtlü antitüberküloz ilaçlar kullanılır (20).

### **Meme Absesi**

Akse meme parankimi içinde lokalize pü koleksiyonudur. Ciltte kızarıklık ve fluktuasyon veren kitle ile karşımıza çıkar. Eğer mümkünse ultrason eşliğinde ve serum fizyolojik irrigasyonu ile boşaltmak en iyi yaklaşımdır. Aspirasyon ve irrigasyon hem ağrıyı hem kanamayı azaltır; irrigasyon, mayii berraklaşana, pü bitene kadar her gün devam etmelidir. Ciltte kalacak izde en azdır (6,21). Geniş spektrumlu antibiyotikler kullanılır. Ateşsiz geçen üç günün ardından; yerel bulgularda gerileyince, antibiyotik ihtiyacı ortadan kalkar (11).

**Kaynaklar**

1. Dixon JM, Khan LR. Treatment of breast infection. *BMJ* 2011;342:396.
2. Rosa M. "Inflammatory" changes in breast: how to provide a better care to our patients. *Arch Gynecol Obstet* 2010;281:901-5.
3. Berens PD. Prenatal, intrapartum, and postpartum support of the lactating mother. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:365-75.
4. Thomsen AC, Espersen T, Maigaard S. Course and treatment of milk stasis, noninfectious inflammation of breast, and infectious mastitis in nursing women. *Am J Obstet Gynecol* 1984;1:492-5.
5. Spencer JP. Management of mastitis in breastfeeding women. *Am Fam Physician* 2008;15:727-31.
6. Mastitis; causes and management. ([http://www.who.int/child\\_adelescent-health/publications/child-health/pb.htm/who\\_fch\\_cah\\_00\\_13.PDF](http://www.who.int/child_adelescent-health/publications/child-health/pb.htm/who_fch_cah_00_13.PDF))
7. Schoenfeld EM, McKay MP. Mastitis and methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA): the calm before the storm? *J Emerg Med* 2010;38:31-4.
8. Kvist LJ, Larsson BW, Hall-Lord ML, Steen A, Schalén C. The role of bacteria in lactational mastitis and some considerations of the use of antibiotic treatment. *Int Breastfeed J* 2008;7:3-6.
9. Delgado S, Arroyo R, Martín R, Rodríguez JM. PCR-DGGE assessment of the bacterial diversity of breast milk in women with lactational infectious mastitis. *BMC Infect Dis* 2008;18;8:51.
10. Arroyo R, Martín V, Maldonado A, Jiménez E, Fernández L, Rodríguez JM. Treatment of infectious mastitis during lactation: antibiotics versus oral administration of *Lactobacilli* isolated from breast milk. *Clin Infect Dis* 2010;15:1551-8.
11. Infectious and inflammatory diseases of the breast. In Sabel MS. (ed). *Essentials of the breast disease*. 5th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier 2009:83-90.
12. Patel RA, Strickland P, Sankara IR, Pinkston G, Many W Jr, Rodriguez M. Idiopathic granulomatous mastitis: case reports and review of literature. *J Gen Intern Med* 2010;25:270-3.
13. Asoglu O, Ozmen V, Karanlik H, et al. Feasibility of surgical management in patients with granulomatous mastitis. *Breast J* 2005;11:108-14.
14. Erozgen F, Ersoy YE, Akaydin M, et al. Corticosteroid treatment and timing of surgery in idiopathic granulomatous mastitis confusing with breast carcinoma. *Breast Cancer Res Treat* 2010;123:447-52.
15. Kok KY, Telisinghe PU. Granulomatous mastitis: presentation, treatment and outcome in 43 patients. *Surgeon* 2010;8:197-201.
16. Kuba S, Yamaguchi J, Ohtani H, Shimokawa I, Maeda S, Kanematsu T. Vacuum-assisted biopsy and steroid therapy for granulomatous lobular mastitis: report of three cases. *Surg Today* 2009;39:695-9.
17. Sakurai K, Fujisaki S, Enomoto K, Amano S, Sugitani M. Evaluation of follow-up strategies for corticosteroid therapy of idiopathic granulomatous mastitis. *Surg Today* 2011;41:333-7.
18. Akbulut S, Arikanoğlu Z, Senol A, et al. Is methotrexate an acceptable treatment in the management of idiopathic granulomatous mastitis? *Arch Gynecol Obstet* 2011;284:1189-95.
19. Mirsaeidi SM, Masjedi MR, Mansouri SD, Velayati AA. Tuberculosis of the breast: report of 4 clinical cases and literature review. *East Mediterr Health J* 2007;13:670-6.
20. Sen M, Gorpelioglu C, Bozer M. Isolated primary breast tuberculosis: report of three cases and review of the literature. *Clinics (Sao Paulo)* 2009;64:607-10.
21. Karstrup S, Solvig J, Nolsøe CP, et al. Acute puerperal breast abscesses: US-guided drainage. *Radiology* 1993;188:807-9.