

راهنماهای خدمات سلامت  
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

شماره:

۱۰۰/رسم/۹۲۱۰۵۱۰۱

تاریخ تدوین:

فروردین ماه ۱۳۹۲

تاریخ بازنگری:

عنوان (به فارسی و انگلیسی)

تشخیص و درمان ماستیت حاد عفونی و ماستیت گرانولوماتوز

(Management of Acute Mastitis & Idiopathic Granulomatous Mastitis)

کاربران هدف

پزشکان خانواده، عمومی، متخصصین جراحی، زنان و زایمان، پستان، سرطان، ماماها و کارکنان بهداشتی شاغل در بخش های دولتی و غیردولتی (عمومی، خصوصی، خیریه و...)

مقدمه

ماستیت به معنی التهاب پستان به دو صورت حاد عفونی و مزمن غیرعفونی گفته می شود. بدیهی است شکل های اختصاصی دیگری از ماستیت مزمن وجود دارد که عفونی نیز هستند. ماستیت حاد عفونی معمولاً در دوران شیردهی ایجاد شده و به همین علت ماستیت دوران شیردهی (Lactational Mastitis) یا ماستیت حاد نامیده می شود. آبنه پستان، عفونت لوکالیزه و دردناک داخل پستان از انواع بروزهای کلینیکی ماستیت حاد می باشند. بار بیماری این دو حالت بالا بوده و هزینه قابل توجهی تحمیل می کنند. مطالعات اخیر نیز نشان داده اند که ماستیت ریسک انتقال HIV را از طریق شیردهی به نوزاد افزایش میدهد.

نوع دیگری از ماستیت در خانم های در سنین باروری بین سن ۵۵-۲۵ سال و با سابقه زایمان دیده می شود که اسامی مختلفی چون ماستیت گرانولوماتوز (Granulomatous Mastitis)، ماستیت مزمن و یا ماستیت گرانولوماتوز ایدیوپاتیکی (Idiopathic Granulomatous Mastitis=IGM) دارد. این نوع ماستیت با سابقه احساس توده، درد که گاهی اوقات بسیار کم و قابل تحمل است و بدون تب مراجعه می کند. معمولاً یک طرفه است و به صورت خود کنترلی هم مهار می شود. فاصله بین آخرین زایمان و بروز عارضه ۱-۱۵ سال است، بیشتر یک طرفه و دردناک است و در اطراف آرائول به صورت توده با اندازه ۱۰-۵ سانتیمتر دیده می شود. بررسی های کلینیکی و تصویر برداری آن بسیار شبیه سرطان است و کاملاً قیافه آنرا تقلید می کند، لذا شناخت بیماری و انجام اقدامات مناسب با تشخیص از اولویت های حوزه درمان بیماری های پستان است.

علت آن ناشناخته و بیشتر احتمال اتوایمیون مطرح است. تشخیص قطعی و تفکیک آن از سارکوئیدوز و توبرکلوز با انجام کور بیوپسی است. این بیماری گاهی با دردهای سیستمیک و آرتراآلژی های متعدد و حتی لمفادنوپاتی های متعدد بویژه در مدیاستینی همراه می باشد که احتمال اتوایمیون در ایجاد بیماری را بیشتر می کند.

شیوع ماستیت حاد به علت تفاوت در روش های شیردهی بین جوامع، مختلف است. این بیماری نسبتاً شایع بوده و ۳۳-۵٪ از زنان در دوران شیردهی مبتلا می شوند. گزارشات نشان می دهند که ۷۴ تا ۹۵٪ از موارد ماستیت در ۱۲ هفته اول پس از زایمان و به ندرت پس از هفته دوازدهم مشاهده می شود. ماستیت گرانولوماتوز مزمن (IGM) نادر بوده و براساس گزارش یکی از مراکز مرجع در ایران ۱ مورد به ازای ۱۷ مورد سرطان پستان و ۱ مورد به ازای ۱ میلیون و ۲۰۰ هزار بیمار مبتلا به ضایعه ای در پستان دیده می شود.

## اقدامات تشخیصی

- تظاهرات بالینی ماستیت حاد یا ماستیت عفونی و یا ماستیت شیردهی عبارتند از: پستان دردناک، تب، خستگی عمومی، انتشار گوه ای شکل در پستان که سفت، متورم، قرمز رنگ و حساس می باشد.
- افتراق بالینی بین ماستیت عفونی و غیر عفونی ممکن نیست. اگر موارد زیر وجود داشته باشند، به ماستیت عفونی شک کنید:
  ۱. اگر علیرغم دوشیدن شیر پس از ۲۴-۱۲ ساعت علائم بهبود نیابد یا بدتر شود.
  ۲. شقاق روی نیپل که عفونی شده باشد.
  ۳. کشت از نظر باکتری مثبت باشد.
  ۴. در ماستیت عفونی در مقایسه با غیر عفونی، علائم شبه آنفلوآنزا و تب بیشتر محتمل است که بیش از ۲۴ ساعت طول کشیده و بیمار ناراحتی قابل ملاحظه ای در پستان دارد.
- در صورت وجود موارد زیر باید به آبنه پستان شک کرد:
  ۱. سابقه ماستیت اخیر.
  ۲. توده متورم و دردناک در پستان با قرمزی و گرمی و تورم روی پوست آن
  ۳. تب و بیحالی (در صورتیکه بیمار آنتی بیوتیک دریافت کرده باشد ممکن است فروکش کرده باشد)

## ارزیابی دیگری بصورت روتین لازم نیست.

- انجام کشت از شیر پستان در صورت وجود موارد زیر:
  ۱. عدم پاسخ به درمان آنتی بیوتیکی تجویز شده پس از ۴۸ ساعت.
  ۲. ماستیت شدید قبل از شروع درمان آنتی بیوتیکی.
  ۳. ماستیت راجعه
  ۴. احتمال عفونت اکتسابی از بیمارستان.
  ۵. بیمار نتواند درمان آنتی بیوتیکی استاندارد را دریافت کند (مثل فلوگراسیلین و اریترومایسین)
  ۶. درد عمقی و سوزشی در پستان وجود داشته باشد.

- جهت تهیه نمونه شیر برای انجام کشت، باید موارد زیر را رعایت کرد:

۱. تمیز کردن نیپل پستان مبتلا،

۲. فشردن و دور ریختن مقدار کمی از شیر جهت جلوگیری از آلودگی با پوست،
  ۳. جمع آوری شیر در شیشه استریل و ارسال به آزمایشگاه جهت بررسی میکروسکوپی و کشت.
- تشخیص ماستیت گرانولوماتوز (IGM):** با توجه به شکل کلینیکی و تظاهرات تصویر برداری آن روش های زیر برای تشخیص الزامی است.
- ۱- عارضه معمولاً در سن باروری و در زنانی که سابقه بارداری دارند پیدا می شود. اغلب یک طرفه است و بین سنین ۲۵-۵۵ سالگی شایع تر است.
  - ۲- بیمار مبتلا نه زایمان نزدیک داشته و نه در حال حاضر شیردهی دارد. فاصله بین آخرین زایمان و ماستیت گرانولوماتوز ۱-۱۵ سال است.
  - ۳- احساس تورم و توده با قرمزی مختصر پوست، احساس درد بویژه در لمس که همراه با تغییرات پوستی شبیه Skin Retraction و Skin Dimpling میباشد. تقلید کلینیکی از ضایعات بدخیم است.
  - ۴- وجود سینوس های ترشچی که گاهی بیش از یکی و در سطح پوست پستان پراکنده است، این سینوس ها یا اخیراً پیدا شده یا سابقه دار هستند.
  - ۵- خروج چرک از سینوس های فوق الذکر و یا در درناژ با سوز که کاملاً زرد رنگ و کش دار بوده اما با تب و لکوسیتوز همراه نیست و اگر برای کشت ارسال شود، هیچ میکرو ارگانیسمی در آن دیده نمی شود.
  - ۶- در درناژ با سوزن بین ۰/۲ تا بیش از ۴۰CC چرک از نقاط مختلف ضایعه خارج می شود که پس از آن بیمار احساس کاهش تورم و رضایت می کند.
  - ۷- تصویربرداری (سونوگرافی-ماموگرافی) معرف ضایعات التهابی است و در بسیاری از موارد با شک به سرطان گزارش می شود.
  - ۸- تشخیص قطعی با انجام بیوپسی سوزنی (Core Biopsy) و گزارش پاتولوژیست مبنی بر Granulomatous Mastitis است.

### تشخیصهای افتراقی ماستیت حاد عفونی :

- شرایطی که سبب درد و ناراحتی پستان در ارتباط با شیردهی می شوند عبارتند از:
۱. **پستان پور:** در روز ۶-۲ تولد نوزاد، شایع است؛ شیر بخوبی جریان پیدا نمی کند و پستانها گرم، متورم و سنگین می شوند. پستانها حساسند ولی قرمز، اریتماتو و براق نیستند.
  ۲. **پستان محتقن:** در اولین روزهای تولد نوزاد اتفاق می افتد. زمانی رخ میدهد که پستانها لبریز از شیر می شوند (احتقان اولیه) یا زمانی که شیردهی با دفعات کمتری انجام می شود (احتقان ثانویه). این وضعیت بعد از ماموپلاستی نیز شایع است. پستانها بصورت دوطرفه بزرگ، متورم و دردناک هستند. نیپل ها ممکن است کشیده شده و بصورت صاف در آیند. شیر براحتی جریان پیدا نمی کند و نوزاد بسختی پستان را می گیرد. بیمار ممکن است تب دار شود که معمولاً طی ۲۴ ساعت ایجاد می شود. اگر درمان نشود جریان شیر مهار خواهد شد.

۳. تورم پستان‌ها بویژه در قبیل از دوره قاعدگی، یا بهم خوردن ترشحات هورمونی به دلایل مختلف مثل مصرف داروی هورمونی یا اختلالات خلقی.
۴. **مجرای مسدود شده:** توده دردناکی در پستان وجود دارد. بیمار تب ندارد و پوست روی توده ممکن است قرمز باشد. ممکن است یک نقطه سفید کوچک در لبه نیل ظاهر شود که موقع مکیدن شدیداً دردناک است و تصور میشود در نتیجه رشد بیش از حد اپی تلیوم یا تجمع چربی باشد. این امر معمولاً در اثر کداری مجاری شیری پیدا می‌شود.
۵. **گالاکتوسل:** تجمع گرد، صاف و بدون درد و تورم در پوست است. در هنگام فشردن نیل، شیر خارج میشود؛ در این حالت نشانه‌های سیستمیک وجود ندارد.
۶. **عفونت غدد پستانی:** درد و سوزش انتشاری در پستان وجود دارد که در مدت شیردهی یا بعد از آن بدتر میشود و ممکن است همراه با درد پایین رونده بطرف بازو یا پشت باشد، بیمار تب یا بیحالی ندارد. علایم بالینی متغیر هستند و ممکن است بدون قرمزی، سفتی یا تندر نس باشد.
۷. **ماستیت گرانولوماتوز:** که معمولاً با زایمان و شیردهی متقارن نیست.

## اقدامات درمانی

### اداره ماستیت حاد عفونی :

۱. به بیمار اطمینان دهید اگر چه ماستیت وضعیت دردناکی ایجاد میکند ولی پستان به اندازه، شکل و عملکرد اولیه خود برخواهد گشت.
۲. اگر بعد از ۲۴-۱۲ ساعت، علیرغم دوشیدن شیر علایم بهبود پیدا نکنند یا بیمار شقاقی روی نیل داشته باشد که عفونی شده است آنتی بیوتیک تجویز کنید.
۳. برای کاهش درد و ناراحتی، استامینوفن انتخاب اول میباشد.
۴. ایوپروفن درمان جایگزین میباشد. کمترین دوز برای کوتاهترین زمان را مورد استفاده قرار دهید.
۵. به بیمار توصیه کنید کمپرس گرم روی پستان گذاشته یا دوش آبگرم بگیرد.
۶. استراحت کند و بویژه در هنگام شب از سینه بند استفاده نکند.
۷. توصیه به ادامه شیردهی: اگر شیردهی ممکن نیست یا پستان مبتلا پس از شیردهی بطور کامل تخلیه نمیشود توصیه کنید با فشار دست یا پمپ، شیر باقیمانده را خارج کند. تنها موارد استثنا، زنان HIV مثبت هستند که جایگزینی برای تغذیه نوزاد ندارند چون ماستیت سبب افزایش انتقال عمودی (مادر به نوزاد) ویروس HIV میشود. در افرادی که آبنه و ماستیت پیشرفته دارند و درد زیاد اجازه شیردهی را نمی‌دهد شیرخوار را می‌توان از سمت غیرمبتلا تغذیه کرد ولی تا زمان بهبودی مادر شیر باید از پستان مبتلا به روش‌های مختلف خارج شود. به هر حال توصیه به ادامه شیردهی در صورت امکان یکی از روش‌های خوب درمانی است.

### تجویز آنتی بیوتیک:

- تجویز درمان آنتی بیوتیکی زمانی برای بیمار توصیه میشود که شقاق عفونی شده روی نیپل وجود دارد، بعد از ۲۴-۱۲ ساعت علیرغم تخلیه شیر علایم بهبود نیابد یا بدتر شود، و یا کشت باکتریایی مثبت باشد.
- درمان تجربی عفونت:
  ۱. کلوگزاسیلین ۵۰۰ میلی گرمی چهار بار در روز بمدت ۱۴ روز (دوز کلی ۵۶ کپسول).
  ۲. درمان جایگزین، اریترومايسين ۵۰۰-۲۵۰ میلی گرمی چهار بار در روز بمدت ۱۴ روز (دوز کلی ۵۶ کپسول).
  ۳. در صورت شکست درمان، قرص کوآموکسی کلاو ۵۰۰/۱۲۵ میلی گرمی سه بار در روز بمدت ۱۴ روز تجویز شود.
- به بیمار اطلاع دهید که این آنتی بیوتیکها بمقدار بسیار کمی در شیر ترشح میشوند ولی معمولاً شیرخوار متاثر نمیشود. شیرخوار ممکن است تحریک پذیرتر شود، مدفوع شل بوده و با دفعات بیشتری دفع شود.
- اگر نتایج کشت شیر در دسترس است آنتی بیوتیکی را تجویز کنید که حساسیت ارگانسیم به آن مشخص شده است.
- اگرچه احتمال بیمار شدن شیرخوار کم است ولی در صورتیکه عفونت استافیلوکوکی یا استرپتوکوکی تایید شد شیرخوار را به متخصص کودکان ارجاع دهید.

### درمان زنی را که به درمانهای خط اول پاسخ نداده است :

۱. اگر بعد از ۲۴-۱۲ ساعت علیرغم دوشیدن شیر، علایم بهبود نیابد آنتی بیوتیک تجویز کنید (اگر تاکنون تجویز نشده است).
۲. اگر بعد از ۴۸ ساعت درمان آنتی بیوتیکی، علایم فروکش نکند: بررسی کنید که حتماً مادر آنتی بیوتیک را بصورت صحیح استفاده کرده باشد.
۳. نمونه ای از شیر را برای کشت ارسال کنید.
۴. آنتی بیوتیک دیگری برای ۱۴ روز نسخه کنید.
۵. اگر نتایج کشت در دسترس هستند آنتی بیوتیکی را تجویز کنید که حساسیت ارگانسیم به آن مشخص شده است.
۶. اگر نتایج کشت در دسترس نیستند درمان تجربی با کوآموکسی کلاو ۵۰۰ میلی گرم سه بار در روز را شروع کنید.
۷. اگر مادر نمیتواند پنی سیلین دریافت کند، نظر متخصصین را جویا شوید.
۸. تشخیصهای افتراقی را مد نظر قرار دهید.
۹. اگر توده زمینه ای وجود دارد سرطان مجاری یا سرطان التهابی یا IGM مورد شک است (ظهور سریع گرمی در پستان و قرمزی منتشر، ادم منجر شونده به ظاهر پوست پرتقالی) در این صورت ارجاع اورژانسی را هماهنگ کنید.
۱۰. اگر قسمتی از پستان سفت و قرمز و حساس باشد به آبه یا IGM شک کنید. اگر مادر درمان آنتی بیوتیکی دریافت کرده باشد بیحالی و تب ممکن است کاهش پیدا کند.
۱۱. برای تایید تشخیص (توسط سونوگرافی) و انجام درناژ، مادر را به جراح ارجاع دهید.
۱۲. کشت از ترشحات آبه بعنوان راهنمایی برای انتخاب آنتی بیوتیک مورد استفاده قرار میگیرد.

تشخیص و درمان جراحی ماستیت حاد عفونی:

بر حسب ارجاع بیمار به جراح، درناژ سوزنی محل قرمزی و خروج چرک تشخیص التهاب عفونی و یا آبسه را در زنان شیرده مسجل می کند. اگر با وجود درمان دارویی حجم ترشحات چرکی (بصورت آبسه) زیاد است و یا احتمال درناژ کامل و بهبودی با سوزن و آنتی بیوتیک داده نمی شود، درناژ جراحی آبسه توصیه می گردد که باید با حداقل میزان ضایعه رسانی به مجاری شیری باشد. درناژ آبسه پستان باید زیر بیهوشی عمومی و بدون درد و در اتاق عمل صورت گیرد.

**تشخیص و درمان آبسه پستان و یا ماستیت حاد عفونی تنها با شرح حال، معاینه فیزیکی و درناژ سوزنی است و نیازی به تصویر برداری نمی باشد.**

### **تشخیص و درمان ماستیت گرانولوماتوز (IGM) توسط جراح:**

در صورتیکه احساس توده، درد، قرمزی و وجود سینوس های ترشچی و یا خروج چرک از سینه ارتباطی به شیردهی ندارد و در زنان شیرده دیده نمی شود باید با احتمال ماستیت گرانولوماتوز (IGM) و یا حتی شک به سرطان به جراح (جراح عمومی، پستان، سرطان) ارجاع شود.

**تشخیص قطعی ماستیت گرانولوماتوز (IGM) انجام بیوپسی سوزنی (Core Biopsy) از توده قابل لمس توسط جراح است که با گزارش پاتولوژیست اعلام نهایی می شود.**

### **درمان IGM توسط جراح:**

**جراحی:** در صورت تشخیص IGM حتی المقدور از انجام جراحی باز و یا برداشتن توده خودداری کرده زیرا این بیماری التهابی است و احتمالاً زمینه اتوایمیون دارد و جراحی روش انتخابی درمان آن نیست، مگر در موارد استثنایی و یا به هر حال عدم تشخیص IGM و یا شک به سرطان.

**درمان دارویی:** داروهای مختلفی برای این بیماری توصیه شده است. مثل کورتیکواستروئیدها، داروهای ضد سلول (متوترکسیت) و آنتی بیوتیک ها با توجه به عوارض مصرف اینگونه داروها و خطرات ناشی از استعمال طولانی مدت آن روش دیگری در کشور توصیه شده است که مشتمل است بر:

۱- درناژهای مکرر ضایعه با سرنگ ۱۰CC و خارج کردن ترشحات درون پستان که بین ۲CC تا ۵۰ CC می تواند باشد.

۲- مصرف آنتی بیوتیک هایی مثل کوتریموکسازول و یا سپروفلوکساسین.

به مدت ۲ هفته در هر پیروید التهابی جدید بدیهی است مراقبت از حساسیتهای دارویی و بروز عوارض از الزامات معاینه است. نتیجه این اقدام در کشور با پیگیری میانگین ۸ ماه بیماران مبتلا به IGM به شرح زیر بوده است:

- توده و تورم در ۹۰ درصد وارد حذف شده است.

- درد از بین رفته است.

- ترشح از سینوسها قطع شده است.
- ۸۵ درصد بیماران رضایت کامل داشته اند.

### ارجاع:

۱. در ماستیت حاد عفونی اگر مادر خیلی بدحال است او را بستری کنید. شیرخوار باید جهت ادامه شیردهی همراه با مادر بستری شود. در صورت عدم پاسخ به درمانهای آنتی بیوتیکی و نیاز به درناژ به جراح معرفی شود.
۲. اگر توده زمینه ای وجود دارد و یا سرطان مجاری یا سرطان التهابی مورد شک است (ظهور سریع گرمی در پستان و قرمزی منتشر، ادم منجر شونده به ظاهر پوست پرتقالی) در این صورت ارجاع اورژانسی را هماهنگ کنید. جراح با انجام بیوپسی سوزنی تشخیص را قطعی می کند.

### استقرار

۱. مسئولیت پیاده سازی، اجرا، پیگیری و ارزشیابی این راهنما به عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد.
۲. مسئولیت پایش و ارزشیابی اقدامات در جمعیت تحت پوشش، بر عهده دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی می باشد.

### مراجع:

1. Mastitis Causes and Management: World Health Organization Geneva; 2000.
2. Spencer J. Management of Mastitis in Breastfeeding Women. American Family Physicain. 2008;78(6):727-32.
3. Foxman B, Darcy H, Bobo J, Schwartz K. Lactation mastitis: occurrence and medical management among 946 breastfeeding women in the United States. American Journal of Epidemiology. 2002;155(2):103-14.
4. Ghazisaidi K, Fateminasab F, Vatani S, Mohamadi M, Ghaemi E. Bacterial Mastitis in Lactating Women Attending Mirzakochackkhan Hospital during 2003-2004 and the Sensitivity Pattern of the Involved Bacteria. Journal of Kerman University of Medical Sciences. 2006;14(1).

### اعضای هسته مرکزی راهنما:

۱. دکتر پروین باستانی: فوق تخصص یوروگاینکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۲. دکتر فاطمه ملاح: متخصص زنان و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۳. دکتر آزاده آزادی: رزیدنت زنان و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۴. ندا کبیری: کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۵. قطب علمی پزشکی مبتنی بر شواهد ایران