

Klinik Araştırma

Mastit ve Meme Absesi Tanılı Yenidoğan Vakalarımızın Değerlendirilmesi

İlknur SÜRÜCÜ KARA¹, Necla AYDIN PEKER^{1,a}

¹Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Erzincan, Türkiye

²Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Erzincan, Türkiye

ÖZET

Amaç: Yenidoğanlarda nadir görülen mastit ve meme absesi, meme hipertrofisi olan bebeklerin meme dokusuna masaj gibi elle müdahalelerle veya nadiren hematogen yayılımla oluşur. Mastit antibiyotik tedavisi ile düzeltilebilirken, absese cerrahi drenaj gerekebilir. Çalışmamızda yenidoğan mastiti ya da meme absesi tanısı alan hastaların incelenmesi planlandı.

Gereç ve Yöntem: 2012 - 2018 yıllarında yenidoğan (YD) biriminde yatan hastaların dosyalarındaki tanıları incelendi. Mastit ya da meme absesi tanılı hastalar tespit edildi. Klinik bulguları, başvuru şikayetleri, tam kan sayımı (CBC), C - reaktif protein (CRP) kan kültürü, yara kültürü sonuçları, verilen tedavi ve hastanede yatış süreleri kaydedildi. Yenidoğan mastiti (YDM) yüzdesi hesaplandı.

Bulgular: Yirmibinkırkiki doğumdan ve yenidoğan (YD) biriminde yatan 2252 hastadan yalnızca 6'sında mastit ve meme absesi tanısı mevcut idi. Buna göre ilimiz mastit/meme absesi sıklığı %0,03; erkek/kız oranı 1/2; meme absesi / mastit oranı %50'dir. Meme absesi olan iki bebekten birinde beyaz kan hücresi (WBC) değeri 19500/mm³ olup, CRP artmış ve kan kültüründe üreme saptanmış, diğerinde yalnız CRP artmış ve drenaj kültüründe üreme saptanmış idi. Hastaların yarısına ampisilin ve gentamisin verilmiş, komplikasyon gelişmeden bebeklerin iyileştiği görülmüştür.

Sonuç: Mastit ve meme absesi nadir görülen, tedavi edilmezse sonuçları kötü olabilen ciddi sağlık problemidir.

Anahtar Sözcükler: Mastit, Meme Absesi, Yenidoğan.

ABSTRACT

Evaluation of Neonatal Cases with Mastitis and Breast Abscess

Objective: Rare mastitis and breast abscess in newborns are caused by manual interventions such as massage to breast tissue of babies with breast hypertrophy, or rarely with hematogenous spread. While mastitis can be corrected with antibiotic therapy, surgical drainage to the abscess may be required. In our study, we aim to examine patients diagnosed with neonatal mastitis or breast abscess.

Material and Method: The diagnoses of the patients in the neonatal unit between 2012 and 2018 were examined. Patients diagnosed with mastitis or breast abscess were detected. Clinical findings, application complaints, complete blood count (CBC), C - reactive protein (CRP) blood culture, wound culture results, treatment and hospitalization times were recorded. The percentage of neonatal mastitis was calculated.

Results: From the 20042 birth and 2252 hospitalized patients in the neonatal unit, only 6 had a diagnosis of mastitis and breast abscess. Accordingly, the frequency of mastitis/breast abscess in our province is 0.03%; boy/girl ratio 1/2 and breast abscess/mastitis ratio is 50%. In one of the two babies with breast abscess, the white blood count (WBC) value was 19500 / mm³, increased CRP and growth in the blood culture was detected, in the other baby, only increased CRP and growth in the drainage culture was detected. Half of the patients were given ampicillin and gentamicin, and it was observed that the babies recovered without complications.

Conclusion: Mastitis and breast abscess are rare and serious health problems that can be detrimental if left untreated.

Keywords: Mastitis, Breast Abscess, Neonatal.

Bu makale atıfta nasıl kullanılır: Sürücü Kara İ, Aydın Peker N. Mastit ve Meme Absesi Tanılı Yenidoğan Vakalarımızın Değerlendirilmesi. Fırat Tıp Dergisi 2021; 26(1): 19-22.

How to cite this article: Surucu Kara I, Aydın Peker N. Evaluation of Neonatal Cases with Mastitis and Breast Abscess. Fırat Med J 2021; 26(1): 19-22.

Yenidoğan (YD) meme hipertrofisi, maternal ve plasmal hormonal etkisiyle oluşan ve sık görülen, geçici bir durumdur. Gebelik sonlarında annenin östrojen seviyesindeki düşüş, YD'da prolaktin salınımını tetikler ve meme dokusu hipertrofisi gelişir (1). Bebeğin cildi incedir ve immünitesi yetersizdir. Son derece nadir görülen yenidoğan mastiti (YDM) ve meme absesi sıklıkla meme dokusunun sıkılması, meme üzerine masaj gibi elle müdahalelerle veya seyrek olarak sistemik enfeksiyonların hematogen yayılım ile oluşabilir. Mastit sadece antibiyotik tedavisi ile düzelirken, abse-

ye cerrahi drenaj da uygulamak gerekir (1-3).

Çalışmamızda mastit yada meme absesi tanısı ile YD biriminde yatırılmış olan hastaların retrospektif olarak taranması ve eşlik eden diğer bulguların, kan değerlerinin, hastaneye yatış sürelerinin, tercih edilen tedavilerinin incelenmesi amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Etik Kurulu onayı alındıktan sonra 01.01.2012-01.07.2018 yılları arasında YD ünitesinde yatan 2252

^aYazışma Adresi: Necla AYDIN PEKER, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Erzincan, Türkiye

Tel: 0532 170 0488

Geliş Tarihi/Received: 24.06.2019

e-mail: neclaydinpeker@gmail.com

Kabul Tarihi/Accepted: 13.08.2020

hastanın dosyalarındaki tanıları geriye yönelik incelendi. YDM tanısı ile ya da farklı tanımlarla yatırılıp YDM'in de tanıya eklendiği hastalar tespit edildi. Klinik bulguları, başvuru şikayetleri, CBC, CRP, kan kültürü, yara kültürü sonuçları, verilen tedavi ve hastanede yatış süreleri kaydedildi. 2012'den itibaren yıllık doğan canlı bebek sayısı İl Sağlık Müdürlüğü'nden öğrenildi. YDM yüzdesi hesaplandı.

BULGULAR

Erzincan il genelinde 2012 yılının Ocak ayından - 2018 Haziran ayına kadar 20042 bebek ve 2252 YD ünitesinde yatan hastalar retrospektif olarak tarandı, sadece 6 hasta mastit ve meme absesi tanısı almıştı. İlimiz YDM sıklığı %0,03 olarak tesbit edildi. İlimizde canlı doğan bebek sayısı tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. İlimizdeki yıllık canlı doğan bebek sayısı.

Tarih	Canlı bebek doğum sayısı
2012	3117
2013	3178
2014	3107
2015	3081
2016	3206
2017	2975
2018	1378
Toplam bebek sayısı	20042

Yaş ortalaması 12,5 gün olan 6 bebekten 4'ü (%67) kız, 2'si (%33) erkek idi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Hastaların demografik ve klinik özellikleri.

Cinsiyet	Başvuru Yaşı/gün	Yatış süresi/gün	Verilen Antibiyotik	Geliş Şikayeti
Kız	6	3	Amoksisilin klavulanik asit	Huzursuzluk
Erkek	7	5	Ampisilin +Gentamisin	Ateş huzursuzluk
Erkek	13	6	Ampisilin +Gentamisin	Ateş huzursuzluk
Kız	13	10	Ampisilin sulbaktam +Amikasin	Memede şişlik
Kız	15	4	Ampisilin +Gentamisin	Ateş, huzursuzluk
Kız	21	7	Sefazolin +Gentamisin	Uzamış sarılık

Hastanede yatış süresi ortalama 5,8 gün idi. Üç bebekte (%50) meme absesi, üç bebekte (%50) mastit bulgusu vardı. YD'ların yapılan fizik muayenesinde iki bebeğin memesinde endurasyon bulgusu, diğer bebekte, fluktuasyonlu meme apsisi mevcuttu, abse drene edildi. Alınan materyalden gönderilen yara kültüründen Staphylococcus aureus ve Klebsiella pneumoniae üretti. Altı hastanın 3'ünden (%50) kan kültürü alınmış ve sadece 1'inin (%16,6) kan kültüründe S. aureus üremiş idi. Hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 3. Hastaların laboratuvar özellikleri.

CRP	Kan kültürü	WBC mm ³	Neutrofil %	Plt mm ³	Görüntüleme yöntemi	Mastit/meme absesi
Negatif	Üreme yok	10000	26,1	226000	Meme USG	Meme absesi
E Negatif	Alınmamış	12000	23,9	214000	Yok	Mastit
E Negatif	Alınmamış	8200	27	449000	Meme USG	Mastit
Pozitif	<i>S.aureus</i>	19500	63	504000	Meme USG	Meme absesi
Negatif	Alınmamış	9700	33,6	340000	Yok	Mastit
Pozitif	Üreme yok	12100	26,5	308000	Yok	Meme absesi

CBC tüm hastalarda bakıldı. Bir hastada (%16,6) WBC değeri (19.500 / mm³) olup nötrofil hâkimiyeti mevcut idi. Dört hastanın (%66,6) trombosit değerleri 250.000/mm³ üzerinde idi.

Altı hastaya da (%100) antibiyotik tedavisi başlandı. Üç bebek (%50) ampisilin ve gentamisin, bir bebek (%16,6) ampisilin sulbaktam ve gentamisin, bir bebek (%16,6) yara kültürü sonucuna göre gentamisin ve sefazolin ve diğer bir bebek (%16,6) ise oral amoksisilin klavulanik asit ile tedavi edildi.

Hastaların başvuru şikayetleri şu şekilde idi; dört hastanın huzursuzluk ve ateş, bir hastanın memede şişlik, diğer hastanın ise uzamış sarılığı mevcut idi. Memede şişlik yakınması ile getirilen hastanın, memesinin anne-si tarafından gün aşırı sıkıldığı öğrenildi.

TARTIŞMA

Meme absesi çocuklarda oldukça nadir görülür (5-7). Yapılan diğer retrospektif çalışmalar sadece yenidoğanları değil daha büyük infantları da dahil etmelerine rağmen vaka sayıları çok azdır. Bu çalışmalarda YDM'i ve meme absesinin ne sıklıkla görüldüğüne dair bilgi bulunamadı. İlimizde geleneksel yöntemlere bağlı oluştuğunu düşündüğümüz yenidoğan mastiti sıklığı %0,03 olarak tespit edildi.

Meme hipertrofisi bebeğin cinsiyetinden bağımsızdır, gestasyon yaşı ya da doğum ağırlığına göre farklı boyutlarda olabilir. Genelde doğumdan birkaç gün sonra başlar ve en geç 6. ayda spontan kaybolur. Fizyolojik meme hipertrofisi genellikle bilateral ve simetrik, meme başı akıntısı sütsüdü, pürülan değildir, eritem ya da hassasiyet yoktur (1, 4).

Hipertrofi gelişmiş meme dokusunun ovma ya da masaj gibi nedenlerle travmatize edilerek doku bütünlüğü bozulması sonucu meme başı derisinden cilt florasının veya diğer mikroorganizmaların girerek duktal kanallar aracılığıyla retrograd şekilde ilerlemesi ile meme parankiminde enfeksiyon meydana gelmesi neticesinde mastit geliştiği düşünülmektedir (5-10).

Bebeklerde mastit genellikle tek taraflıdır ve lokalize kalır (5-7). Karakteristik klinik özellikleri memede belirgin hassasiyet, eritem ve endurasyondur (6). Bül, fistül gibi ilişkili cilt lezyonları olabilir (8). Aksiller lenf düğümleri büyüyebilir (4). Mastitli bebeklerin yarısından fazlasında fluktuasyon veren abseler gelişir (4). Pürülan meme başı akıntısı vakaların yaklaşık % 20'sinde görülür (7). Huzursuzluk, ateş yüksekliği ve toksik görünüm hastaların % 30'unda mevcuttur (2, 9). Ayırıcı tanıda meme hipertrofisi, hemanjiyom ve lenfanjiyom (kistik higroma) aklımıza gelmelidir (10).

Neonatal mastitlerin yaklaşık %50'sinde meme absesi gelişir. Bizim çalışmamızda da bu oran %50'dir. YDM'i daha çok term bebeklerde görülür. Pretermelerde daha nadir görülmesi, meme dokusunun gelişmesi ile ilgilidir. Fizyolojik meme hipertrofisinin kızlarda ikinci haftadan sonra başlayıp daha uzun sürmesi nedeniyle meme absesi kızlarda daha fazla görülür. Erkek/kadın oranı yaklaşık 1/2-3.5 tir (5, 8-10). Bizim çalışmamızda da sonuçlar benzer oranlarda olup erkek/kız oranı 1/2'dir. Meme absesi olan iki hastamız da kız bebektir.

Tanı koymak için laboratuvar değerlendirmesi gerekli değildir. Ancak ek değerlendirme ve tedavi yönetimine rehberlik etmeye yardımcı olur. Lökositoz ve CRP yüksekliği olguların %50-70'inde görülür (2, 9). Tedaviye yanıt izlemek için WBC değeri kullanılabilir WBC değerleri başlangıçta yüksek ve tedaviye rağmen beklenildiği gibi düzelmeyorsa bebeğin kliniğine göre gerekirse lomber ponksiyon yapılabilir. Neonatal mastitli 41 hastalık retrospektif bir seride (WBC değeri 15,000/mm³) WBC sayısı %46 oranında artmıştır (2). Çalışmamızda endurasyonlu meme abseli hastamızda WBC değeri yüksek (19500) ve CRP pozitif iken, fluktuasyon veren meme abseli hastamızda ise yalnızca CRP yükselmiş idi. Antibiyotik tedavisine tüm bebekler olumlu yanıt verdi. Lomber ponksiyon yapılması gerekli görülmedi.

Kan kültürü antibiyogram sonucuna göre, klinik gereklilik de varsa tedavi değişikliği yapılabilir. Mastit ile ilgili yapılan çalışmalarda alınan kan kültürlerinin ancak %4'ünde üreme saptanmıştır (2, 8, 14). Çalışmamızda ise sadece bir vakada kan kültüründe *S. aureus* üremiş, üç vakada kan kültürü alınmamış, diğer iki vakada da üreme olmamıştı. YD döneminde meme apsesi ya da YDM tanısı ile yatırılan hastalardan, antibiyotik tedavisine başlamadan önce kan kültürü alınması gerekir. Çalışmamızın retrospektif bir çalışma olması nedeniyle, hastaların kayıt altına alınmış anamnez bilgileri ve tetkik sonuçlarına dayanarak veriler oluşturuldu. YDM'lerinin genellikle lokal seyretmesi, komplikasyonların nadir görülmesi, alınan kan kültürlerinin sadece %4'ünde üreme saptanması gibi neden-

lerden dolayı diğer hastalardan kan antibiyotik tedavisi başlanmadan önce neden kan kültürünün alınmadığı tartışıldı.

Mümkünse, patojeni (direkt olarak) varsa meme drenajı veya apse sıvısından izole etmeye çalışılmalı ve Gram boyaması ile kültürü yapılmalıdır (2, 7, 16). Drenaj sırasında, meme tomurcuğuna hasar vermemek için dikkatli olunmalıdır (4). Hastalarımızın ikisinde meme absesi vardı ve dren yerinden alınan örnek kültüründe *S. aureus* ve *K.pneumonia* tespit edilmiştir. *S. aureus*a bağlı abselerde, gövdede özellikle periumbilikal ve perineal bölgelerde püstüler veya büllöz lezyonlar görülebilir (5). Fluktuasyon veren meme abseli hastamız geldiğinde vücudunda büller ve püstüler lezyonlar mevcut idi. Kan kültüründe üreme olmadı, ancak apse-den alınan kültüründe *S. aureus* ve *K. pneumonia* üretti. Klinik değerlendirme, tanı koymada en önemli basamaktır. Fluktuasyonlu olgular meme absesi tanısı kolayca alınır, sadece endurasyon varsa (bazen fluktuasyon olmayabilir) ultrasonografi ile de bakmak gerekir. Mastitli meme ultrasonografisinde ekojenite artışı izlenirken, meme absesi ultrasonografisinde; hiperekoik veya hipoekoik avasküler kitle görünümü olur (10, 15).

Hastalarımızın birisinde fluktuasyon mevcut olup ultrasonografi ile ileri incelemeye gerek görülmemiş, ikisinde ise endurasyon bulgusu nedeniyle hastalara çekilen meme ultrasonografisinde abse olduğu görülmüştür.

Semptomlar, başlangıç yaşı, klinik bulgular yönüyle gram negatif basil ve anaerob etkenlere bağlı olarak gelişen meme enfeksiyonları, stafilokoksik enfeksiyon bulgularına benzerdir. Ancak salmonella şuşları ile enfekte olmuş olgularda gastrointestinal bulgular da görülebilir (16). Bizim vakalarımızda bu tarz bulgular gözlenmedi.

Olguların %83-88'inden sorumlu etken *S. aureus*'tur (7, 18). Nadir olan diğer etkenler *E.coli*, *Klebsiella*, *Shigella*, *Salmonella* ve *Pseudomonas* gibi gram negatif organizmalardır (10). Anaerob peptostreptokok, stafilokokkus epidermidis grup D ve *B streptokok* ile oluşan enfeksiyonlar da bildirilmiştir (10, 17).

Vakalarımız yenidoğan olduğundan, yenidoğan sepsisine yönelik ampicilin ve aminoglikozid tedavisi başlanmış idi. Hastalarımızdan üçüne ampicilin ve gentamisin, birisine oral amoksisilin klavulonikasin, birisine pü kültürü ampisiline dirençli olduğundan sefazolin ve gentamisin, diğer birisine ampicilin sulbaktam ve amikasin tedavisi başlanmış ve tüm hastalardan tedaviye yanıt alınmış idi.

Enfeksiyon çoğunlukla lokalize kalır. YDM ya da meme abselerinin en sık gelişen komplikasyonu sellülit olmakla birlikte nadir olarak da fasiit, osteomyelit, sepsis, menejit, beyin absesi gelişebilir. Sellülit %5-10 oranında görülür, genellikle lokalize kalır, nadiren omuz ve batına yayılabilir (2, 10-12). Subklinik mastitli hastalarda infantil kolik düşündürecek kadar huzursuzluk ve aşırı ağlamalar olabilir (13).

Geç dönem komplikasyonları kesin veriler olmasa da meme hipoplazisi, asimetrisi, uygun tedavi edilmiş

olgularda bile skar gelişimi şeklinde belirtilmiştir (10). Çalışmaya dahil edilen hastalarımızın bir tanesine drenaj yapıldı, kontrol muayenesinde hastanın memesinde skar gelişimi yoktu.

Sonuç:

Çalışmamızın sonucunda ilimizde mastit ve meme absesi görülme sıklığı %0,03 idi. Erkek/kız oranı 1/2 dir, mastit olanların meme absesi sıklık oranı %50 dir. Hastalarımızın kan kültürü sonuçları, WBC, CRP düzeyleri ve kullanılan antibiyotik tedavisi diğer çalışmalara benzerdir. Bu çalışmaya dahil edilen hasta sayısının az olması sonuçlarımızın genellenebilirliğini sınır-

landırıyor. Uzun süreli ve vaka sayısının fazla olduğu, çok merkezli prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu çalışma ile nadir görülen YDM ve YD meme absesine dikkat çekmek istedik. İlimizin de içinde bulunduğu özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde, daha yaygın bir uygulama olan; hipertrofik memeye yapılan masaj neticesinde oluşacak önlenabilir meme absesi ve mastitleri hatırlatmak istedik.

Sonuç olarak YD dönemindeki fizyolojik meme büyümesinin, hekimlerimiz tarafından farkındalığının artırılması ve ailelerin bu konuda bilinçlendirilmesi amaç edinilmiştir.

KAYNAKLAR

1. 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- 2.
2. Walsh M, McIntosh K. Neonatal mastitis. Clin Pediatr 1986; 25: 395- 9.
3. Ramachandraiah A. Neonatal mastitis. Indian Paediatr 2000; 37: 1021.
4. Efrat M, Mogilner J G, Iujtman M et al. Neonatal mastitis diagnosis and treatment. Isr J Med Sci 1995; 31: 558-60.
5. Rudoy RC, Nelson JD. Breast abscess during the neonatal period. A review. Am J Dis Child 1975; 129: 1031-4.
6. Faden H. Mastitis in children from birth to 17 years. Pediatr Infect Dis J 2005; 24: 1113.
7. Montague EC, Hilinski J, Andresen D, Cooley A. Evaluation and treatment of mastitis in infants. Pediatr Infect Dis J 2013; 32: 1295-6.
8. Al Ruwaili N, Scolnik D. Neonatal mastitis - controversies in management. J Clin Neonatol 2012; 1: 207- 10.
9. S.tricker T, Navratil F, Sennhauser FH. Mastitis in early infancy. Acta Paediatr 2005; 94: 166- 9.
10. Memur Ş, Korkmaz L, Baştuğ O, Göktaş MA, Kurtoğlu S. Yenidoğanda Bilateral Meme Absesi. Türkiye Çocuk Hast Derg 2013; Cilt 7, Ek sayı 1: 57-9.
11. Manzar S. Brain abscess following mastitis in a 3-month-old infant. J Trop Pediatr 2001; 47: 248- 9.
12. Mahapatra AK, Pawar SJ, Sharma RR, Lad SD. Brain abscess due to staphylococcus aureus following neonatal breast abscess: Case report and a brief review of the literature. Ann Saudi Med 2001; 21: 80- 3.
13. Brown L, Hicks M. Subclinical mastitis presenting as acute, unexplained, excessive crying in an afebrile 31 day old female. Pediatric Emerg Care 2001; 17: 189- 90.
14. Fortunov R, Mednax/Pediatrix Medical Group, 2009, personal communication.
15. Borders H, Mychaliska G, Gebarski KS. Sonographic features of neonatal mastitis and breast abscess. Pediatr Radiol 2009; 39: 955- 8.
16. Brook I. The aerobic and anaerobic microbiology of neonatal breast abscess. Pediatr Infect Dis J 1991; 10: 785- 6.
17. Dollberg S, Hurvitz H, Klar A, Engelhard D. Group D streptococcal neonatal mastitis. Pediatr Infect Dis J 1988; 7: 362.
18. Peker K, Dehmen D, Peker NA, Isik A. Mastitis in early infancy. J Clin Neonatol 2014; 3: 226- 7.