

# Yenidoğanda Bilateral Meme Absesi

## Neonatal Bilateral Breast Abscess

Şeyma MEMUR, Levent KORKMAZ, Osman BAŞTUĞ, Mehmet Akif GÖKTAŞ, Selim KURTOĞLU

Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı, Kayseri, Türkiye



### ÖZET

Mastit ve meme absesi, yenidoğan döneminde oldukça nadir görülen enfeksiyonlardır. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte meme dokusunun manipülasyonu ve yenidoğanın immün sisteminin tam olarak gelişmemiş olması enfeksiyon gelişimini kolaylaştıran faktörlerdir. Genellikle ilk 2 ay içinde görülen, etken mikroorganizmanın sıklıkla Staphylococcus aureus olduğu ve bu enfeksiyonun sistemik komplikasyonlara yol açabildiği bilinmektedir. Bu yazıda meme absesi tanısı alan 7 günlük erkek hasta sunularak, ciddi problemlere neden olabilecek bu enfeksiyonun önemli noktalarının vurgulanması amaçlandı.

**Anahtar Sözcükler:** Abse, Meme, Yenidoğan

### ABSTRACT

Mastitis and breast abscess are very rare infectious conditions in the neonatal period. Although the etiology has not been clarified yet, the manipulation of breast tissue and the immaturity of the neonatal immune system may be predisposing factors for these conditions. These infections usually seen in the first 2 months of life, caused by Staphylococcus aureus may also cause systemic complications. Herein, a 7-day-old male baby with breast abscess has been reported and the important points of these infections that may cause severe problems have been emphasized.

**Key Words:** Abscess, Breast, Newborn

### GİRİŞ

Yenidoğanda meme büyüklüğü gestasyon yaşı ve doğum ağırlığına göre farklılıklar gösterebilir. Cinsiyet farkı yoktur. Term doğan bebeklerde meme nodülü doğumda palpabl iken; prematüre infantlarda, özellikle 31 haftadan daha küçük doğanlarda palpe edilemez. Her iki cinsiyette de maternal ve plasental hormonların etkisiyle geçici yenidoğan meme hipertrofisi oldukça sık görülmektedir. Bu hipertrofinin gebelik sonrasında maternal östrojen seviyesindeki düşüşün yenidoğanda prolaktin salınımını tetiklemesine bağlı olduğu düşünülmektedir (1). Yenidoğanın bu geçici meme büyümesi genelde doğumdan birkaç gün sonra başlar ve en fazla 4-6 ayda kendiliğinden kaybolur. Eritem ve ısı artışı yoktur. Neonatal dönemde mastit ve meme absesi ise oldukça nadir görülür (2). Yenidoğanda cilt kolonizasyonu doğumla birlikte başlamaktadır. Cilt ince ve immünite yetersiz olduğu için meme dokusunun manipülasyonu mastit ve meme absesine neden olabilir (3). Fizyolojik meme büyümesi ve galaktore döneminde memenin sıkılması, masaj yapılması özellikle bazı bölgelerde geleneksel olarak sık görülmekte, bu da enfeksiyona zemin hazırlamaktadır. Erken dönemde mastit antibiyoterapi ile düzelebilmektedir

ancak abse formasyonu oluştuğunda cerrahi drenaj gerekir. Enfeksiyon genellikle lokalize olmakla birlikte sellülit, fasiit, osteomyelit, menejit, beyin absesi ve sepsise neden olabilir (2,4-6,18).

Oldukça nadir görülen ancak infant döneminde ciddi komplikasyonlara neden olabilen, erişkin dönemde kozmetik problemler oluşturan bu durumu bir olgu nedeni ile tekrar hatırlatmak istedik.

### OLGU SUNUMU

Miadında, normal spontan vajinal yol ile doğum öyküsü olan, prenatal dönemde özellik olmayan 7 günlük erkek hasta sağ memede sulu kahverengi akıntı, şişlik, kızarıklık, sertlik şikayeti ile başvurdu. Daha öncesinde herhangi bir yakınması yokken başvuru gününde yatağında ıslaklık fark edilen; memede akıntı, şişlik, kızarıklık, sertlik olduğu görülen olguda ateş yüksekliği, emmede azalma gibi ek herhangi bir yakınma tariflenmedi. Memenin manipüle edilmediği belirtildi.

Geliş fizik muayenesinde genel durumu iyi, yenidoğan refleksleri canlı olan olgunun vücut sıcaklığı 37 °C, kalp tepe atımı 132/dk, solunum sayısı 32/dk, kan basıncı 85/40 mmHg'di. Sağ memesinde belirgin hiperemi, sertlik, fluktuasyon veren şişlik ve ısı artışı bulunan, meme boyutları 5x6 cm olan hastanın diğer sistem bakıları olağan olarak değerlendirildi (Şekil 1).

Hastada Hb:16.5 gr/dl, Lökosit:13.680/mm<sup>3</sup> (%48 PNL, %36 Lenfosit, %10 Çomak, %4 monosit, %2 eozinofil), Trombosit:378.000/mm<sup>3</sup>, CRP:16.9 gr/L bulundu. Biyokimyasal parametreleri normal sınırlardaydı. Başvuruda memede belirgin akıntı tariflenen hastanın FSH:1.7 mIU/ml, LH:5.1 mIU/ml, E2:9.8 pg/ml, Prolaktin:172 ng/ml bulundu. Meme absesi olan hastaya drenaj yapıp kültür ve antibiyogram gönderildi. Ampirik olarak vankomisin, amikasin ve klindamisin tedavileri intravenöz olarak başlandı. Abse içeriğinin gram boyamasında gram pozitif kümeli kok görüldü. Kültüründe metisilin duyarlı Staphylococcus aureus üremesi oldu. Hastanın amikasin tedavisi kesilip diğer antibiyotiklerine devam edildi. İzleminin üçüncü gününde sol memede de şişlik gelişmeye başladığı görüldü (Şekil 2).



**Şekil 1:** Başvuru anında sağ memedeki mastit görünümü.



**Şekil 2:** Bilateral mastit görünümü.

Mevcut tedaviye devam edildi. Sol memedeki şişliğin iki gün boyunca arttığı, memede eritem oluşmaya başladığı ancak ısı artışı, akıntı gelişmediği görüldü. Takibinde hastanın bulguları her iki memede de giderek gerilemeye başladı. Gelişinde alınan kan kültüründe üreme olmadı. Tekrarlanan tetkiklerinde CRP yüksekliğinin düzeldiği saptandı. İzleminde ek problemi olmayan olgunun antibiyoterapisi 14 güne tamamlanarak hasta taburcu edildi. Hastanın poliklinik takibinde lezyonun tam olarak iyileştiği, doku kaybının olmadığı görüldü.

## TARTIŞMA

Meme dokusunun enfeksiyonu olan, abse ile birlikte seyreden formları da olan mastit yenidoğan döneminde oldukça nadirdir. Genellikle term bebeklerde görülür. Pretermelerde çok daha nadir görülmesinin meme dokusunun az gelişmiş olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir (2,4,7).

Yaşamın ilk 1-6 haftasında görülmekle birlikte sıklığı 2-3. haftalarda artar (5,8-11). Çoğunlukla tek taraflı olmakla birlikte bizim olgumuzda geliştiği gibi literatürde bilateral mastit gelişen olgular bildirilmiştir (12,13). Genel olarak kızlarda iki kat kadar daha fazla görülür ancak yaşamın ilk iki haftasında cinsiyet farklılığı olmadığı belirlenmiştir. Bu durumun kızlarda fizyolojik meme büyümesinin, ikinci haftadan sonra daha fazla görülmesine bağlı olduğu düşünülmektedir. Başka etiyolojik faktörler de olmakla birlikte; fizyolojik meme büyümesi, meme absesi gelişen hastaların %50'sinde saptanmıştır. Prematüre bebeklerde mastitin görülmemesi de etiyolojide fizyolojik meme büyümesinin önemini desteklemektedir (4,14).

Mastitin patogenezi kesin olarak bilinmemektedir. Ancak enfeksiyonların çoğunun cilt florasının meme başından girerek duktal kanallar aracılığıyla retrograd olarak yayılmasına bağlı geliştiği düşünülmektedir (2,7). Literatürde postpartum meme absesi olan ve emziren annelerin bebeklerinde de mastit ve meme absesinin bildirildiği olgular vardır. Bu olgularda annedeki mastit etkeni ile bebektekinin aynı olduğu saptanmıştır. Anne sütündeki mikroorganizmanın bebekte bakteriyemi, mastit-meme absesi oluşturduğu düşünülmektedir. Bildirilen olgularda saptanan etkenler arasında metisiline dirençli Staphylococcus aureus, grup B streptokoklar bulunmaktadır (17,19). Hastamızın annesi bu açıdan değerlendirildiğinde annede mastit veya absesi düşündürülecek herhangi bir semptom olmadığı görülmüştür. Abse oluşumu mastiti olan infantların %40-70'inde bildirilmiştir ve genelde yeterli tedavi edilmeyen olgularda gözlenir (2,4,7).

Başlangıçta memede büyüme, eritem, endürasyon, gerginlik ve ısı artışı saptanır. Etkilenen meme dokusu etrafında ciltte değişiklik, aksiller lenf nodunda büyüme görülebilir. Abse formasyonu gelişirse fluktuasyon alınabilir (7). Bizim olgumuzda daha öncesinde herhangi bir yakınma bildirilmemişken başvuru muayenesinde meme absesi saptanmıştı. Absenin bu kadar hızlı gelişmiş olması enfeksiyonun hızlı ilerlediğini göstermekle birlikte, ilk başlangıç semptomlarının aile tarafından farkedilmediğini düşündürmektedir. Ateş yüksekliği, huzursuzluk, toksik görünüm hastaların %30'unda mevcuttur. Lökositoz ve CRP yüksekliği olguların %50-70'inde görülür (2,8). Olguların %83-88'inde etken Staphylococcus aureusdur (2,4,8,12). Diğer

etkenler Escherichia coli, Klebsiella, Shigella, Salmonella ve Pseudomonas gibi gram negatif organizmalardır (4,7,11,16,17). Anaerob peptostreptokok, Staphylococcus epidermidis, grup D ve B streptokok ile oluşan enfeksiyonlar da bildirilmiştir (12,17). Anaerob etkenler olguların %40'ında saptanmaktadır ancak etyolojideki yerleri tartışmalıdır ve bu etkenlere yönelik direkt antibiyoterapi başlanması önerilmemektedir (8,9). Staphylococcus aureus'a bağlı abselerde, gövdede özellikle periumbilikal ve perineal bölgelerde püstüler veya büllöz lezyonlar görülebilir (4). Semptomlar, başlangıç yaşı, klinik bulgular; gram negatif basil ve anaerob etkenlere bağlı enfeksiyonlarda, stafilokoksik enfeksiyonlara benzer ancak salmonella suşları ile enfekte olmuş olgularda gastrointestinal bulgular da görülür (11). Subklinik mastit oluşan bebeklerde huzursuzluk, aşırı ağlama gözlenir ve kolik infantil tanısı alabilirler (20). Olgumuzda başlangıç semptomu olarak aile tarafından ilk farkedilen sulu, kahverengi akıntıdır. Bu ilk akıntının sulu olarak tariflenmesi nedeni ile galaktore açısından hastanın değerlendirilmesi planlanıp; FSH, LH, E2, Prolaktin düzeyi gönderilmiş, normal sınırlarda bulunmuştur.

Tanıda klinik değerlendirme birinci basamaktır. Ultrasonografi özellikle abse gelişen olguların değerlendirilmesinde önemlidir. Fluktuasyon varlığında abse tanısı koyulabilir ancak endurasyon varlığında bazen fluktuasyon alınamayabilir. Ultrasonografide mastitin bulgusu ekojenite artışıdır. Abse ise hiperekoik veya hipoeoekoik avasküler kitle şeklinde bulgu verir (21).

Gram boyama ve kültür sonuçları tedaviyi yönlendirir. Fluktuasyon varsa abse mutlaka drene edilmelidir. Absenin olmadığı durumlarda tek başına antibiyoterapi küratiftir. İlık kompres faydalı olabilir. Başlangıçta  $\beta$  laktamaz dirençli antistafilokokkal antibiyotik seçilmelidir ancak MRSA enfeksiyon insidansının yüksek olduğu yerlerde vankomisin veya klindamisin başlanabilir. Gram boyamada gram negatif basil görülürse veya mikroorganizma görülmediği halde infant septik görünümdeyse, başlangıç tedavisine aminoglikozid veya sefotaksim eklenmelidir. Bizim olgumuza klinik bulgularının ağır olması nedeni ile ampirik olarak anaerob etkenler de göz önünde bulundurulmuş; vankomisin, klindamisin ve amikasin tedavisi intravenöz başlanmış, kültür ve antibiyogram sonucuna göre amikasin tedavisi kesilerek mevcut diğer tedavilerine devam edilmiştir. Hastamızda antibiyoterapiye rağmen diğer memede mastit gelişmesi, tedaviye ikili antibiyoterapi şeklinde devam edilmesinde etkili olmuştur. Hasta antibiyoterapi aldığı için de diğer memede semptomları sonradan ortaya çıkan enfeksiyon sınırlı kalmış, abseye ilerlememiştir. Çoğu durumda 5-7 günlük tedavi yeterlidir ancak izole edilen etkene, hastanın kliniğine, bakteriyemi varlığına göre tedavinin 10-14 güne uzatılması gerekebilir.

Neonatal mastitin en yaygın komplikasyonu olan sellülit %5-10 oranında görülür. Genellikle lokalizedir ancak nadiren omuz ve batına yayılabilir (2,10). Diğer nadir komplikasyonlar fasiit, osteomyelit, menenjit, serebral abse ve sepsisdir (2,4-6,18). Geç dönem komplikasyonları ile ilgili kesin veriler olmamakla birlikte uygun tedavi edilmiş olgularda bile skar gelişimi, hipoplazi, asimetri gibi kozmetik problemler meydana gelebilmektedir. Adolesan kızlarda meme gelişim sorunlarına neden olabilir. Bu nedenle aileler fizyolojik meme hipertrofisi

ve galaktore konusunda bilgilendirilmeli, yanlış uygulamaların önüne geçilmelidir.

## 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 (Phila) 1986;25:395-9.
3. Ramachandraiiah A. Neonatal mastitis. Indian paediatr 2000; 37:1021.
4. Rudoy R, Nelson JD. Breast abscess during the neonatal period. A review. Am J Dis Child 1975;129:1031-4.
5. Bodemer C, Panhans A, Chretien-Marquet B, Cloup M, Pellerin D, de Prost Y. Staphylococcal necrotizing fasciitis in the mammary region in childhood: A report of five cases. J Pediatr 1997;131:466-9.
6. Manzar S. Brain abscess following mastitis in a 3-month-old infant. J Trop Pediatr 2001;47:248-9.
7. Efrat M, Mogilner JG, Iujtman M, Eldemberg D, Kunin J, Eldar S. Neonatal mastitis diagnosis and treatment. Isr J Med Sci 1995;31:558-60.
8. Stricker T, Navratil F, Sennhauser FH. Mastitis in early infancy. Acta Paediatr 2005; 94:166-9.
9. Brook I. Cutaneous and subcutaneous infections in newborns due to anaerobic bacteria. J Perinat Med 2002;30:197-208.
10. Nelson JD. Suppurative mastitis in infants. Am J Dis Child 1973;125:458-9.
11. Brook I. The aerobic and anaerobic microbiology of neonatal breast abscess. Pediatr Infect Dis J 1991;10:785-6.
12. Dollberg S, Hurvitz H, Klar A, Engelhard D. Group D streptococcal neonatal mastitis. Pediatr Infect Dis J 1988;7:362.
13. Arunagirinathan A, Duraipandian J, Rangasamy G, Shivekar S, Saban P, Shivekar S. Bilateral breast abscess in a neonate: A case report. IJCRI 2011;2:26-8.
14. McKiernan J. Breast enlargement in infants and children. Ir Med J 1990;83:88.
15. Schwarz MD, Rosen RA. Neonatal mastitis due to E. coli. Clin Pediatr 1974;13:86-87.
16. Burry VF, Beezley M. Infant mastitis due to gram-negative organisms. Am J Dis Child 1972;124:736-7.
17. Rench MA, Baker CJ. Group B streptococcal breast abscess in a mother and mastitis in her infant. Obstet Gynecol 1989;73(5 pt 2):875-7.
18. 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.
19. Montalto M, Lui B. MRSA as a cause of postpartum breast abscess in infant and mother. J Hum Lact 2009;25:448-50.
20. 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.
21. Borders H, Mychaliska G, Gebarski KS. Sonographic features of neonatal mastitis and breast abscess. Pediatr Radiol 2009;39:955-8.