

LECZENIE OLBRZYMIEGO ROPNIA PIERSI U 59-LETNIEJ KOBIETY – OPIS PRZYPADKU I PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA

The treatment of a giant breast abscess in 59-year-old woman – a case report and a review of literature



Konrad Wroński, Roman Bocian, Aleksander Górski

Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr. M. Pirogowa w Łodzi

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2010; 1: 20–23

Adres do korespondencji:

dr n. med., mgr zarz. **Konrad Wroński**, Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr. M. Pirogowa w Łodzi, ul. Wólczańska 195, 90-531 Łódź, tel. 42 636 76 11; e-mail: konradwronski@poczta.wp.pl

Streszczenie

Ropnie piersi spowodowane są najczęściej przez *Staphylococcus aureus* w czasie laktacji lub w ciąży. Leczenie dużych lub wielokomorowych ropni piersi polega na ich chirurgicznym nacięciu i pobraniu materiału do badania bakteriologicznego i histopatologicznego. Ropnie należy różnicować z guzami mogącymi mieć charakter nowotworowy, czyli z rakiem Page-ty i postacią zapalną raka piersi.

W niniejszym artykule przedstawiono przypadek 59-letniej kobiety leczonej z powodu olbrzymiego ropnia piersi i dokonano przeglądu najnowszego piśmiennictwa dotyczącego tego problemu.

Słowa kluczowe: gruczoł piersiowy, ropień, leczenie chirurgiczne.

Summary

Breast abscesses are the most frequently caused by the *Staphylococcus aureus* during the lactation period or pregnancy. The treatment of giant or multicellular breast abscesses consists in a surgical incision and collecting the material for bacteriological and histopathological examination. It is necessary to differentiate abscesses from malignant tumors, that is the Paget carcinoma and the inflammatory type of the breast carcinoma.

In the following article we present a case of a 59-year-old woman treated for a giant breast abscess as well as a review literature concerning this problem.

Key words: breast, abscess, surgical treatment.

Wstęp

Niepołogowy ropień sutka występuje u kobiet rzadko [1–3]. Przyczyną powstania ropnia w piersi jest infekcja bakteryjna. W przypadku niepołogowego ropnia sutka bakteriami najczęściej identyfikowanymi w badaniu bakteriologicznym są: *Staphylococcus aureus*, gronkowce koagulozoujemne, paciorkowce i bakterie beztlenowe [1–7]. Istnieją również doniesienia mówiące o wykryciu w niepołogowym ropniu piersi bakterii z rodzaju *Salmonella* spp. [8–12].

Opis przypadku

Chora, lat 59, została przyjęta na oddział z powodu olbrzymiego ropnia piersi lewej na granicy kwadrantów dolnych (ryc. 1. i 2.). W wywiadzie stwierdzono obrzęk, ból i zaczerwienienie na granicy kwadrantów dolnych,

które pojawiło się 7 dni przed przyjęciem do szpitala. Pacjentka była leczona przez lekarza rodzinnego antybiotykami doustnymi od 3 dni bez poprawy. Dwa dni przed przyjęciem do szpitala pojawiła się u niej gorączka, ok. 38°C. Pacjentka nie leczyła się na żadne choroby, nie była operowana i nie przyjmowała leków. Nie miała wcześniej wykonanej mammografii.

W badaniu przedmiotowym na granicy kwadrantów dolnych piersi lewej stwierdzono duży guz, wielkości ok. 12 cm, bolesny w badaniu palpacyjnym. Węzły w dole pachowym lewym były powiększone. W badaniach laboratoryjnych odnotowano podwyższoną liczbę białych krwinek (WBC – 15 tys./mm³), w pozostałych badaniach nie stwierdzono odstępstw od normy. Wobec powyższego chorą zakwalifikowano do chirurgicznego nacięcia i drenażu ropnia.

Zabieg nacięcia ropnia piersi lewej wykonano w krótkim znieczuleniu dożylnym. Po nacięciu ropnia ewakuowano ok. 250 ml treści ropnej (ryc. 3. i 4.). Podczas zabie-



Ryc. 1. Obraz przedstawiający olbrzymi ropień piersi lewej położony na granicy kwadrantów dolnych



Ryc. 2. Obraz przedstawiający olbrzymi ropień piersi lewej, średnicy ok. 12 cm, położony na granicy kwadrantów dolnych



Ryc. 3. Zdjęcie wykonane podczas zabiegu operacyjnego przedstawiające ewakuację treści ropnej po nacięciu ropnia piersi lewej



Ryc. 4. Zdjęcie wykonane podczas zabiegu operacyjnego przedstawiające ewakuację treści ropnej po nacięciu olbrzymiego ropnia piersi lewej o średnicy ok. 12 cm

gu u chorej pobrano treść ropną do badania bakteriologicznego i na antybiogram, a także pobrano wycinki z jamy ropnia celem wykonania rutynowego badania histopatologicznego. Jamę ropnia kilkakrotnie wyptukano octeniseptem i założono drenaż (ryc. 5.). Przebieg pooperacyjny był niepowikłany.

W badaniu histopatologicznym mięszu piersi stwierdzono przetrwałe ropne zapalenie sutka z wytworzeniem ropnia. W badaniu bakteriologicznym wyhodowano *S. aureus* metycylinowrażliwy. W antybiogramie stwierdzono oporność wyhodowanej bakterii na penicylinę, doksycylinę i tetracyklinę. *Staphylococcus aureus* był wrażliwy na: ceftriakson, gentamycynę, erytromycynę, klindamycynę, wankomycynę, teikoplaninę, rifampicynę, linezolid i kotrimoksazol.

Chora w 1. dobie po nacięciu i drenażu ropnia opuściła oddział. Dalszą kontrolę i leczenie prowadzono



Ryc. 5. Zdjęcie wykonane podczas zabiegu operacyjnego przedstawiające drenaż jamy ropnia piersi lewej po jego nacięciu i ewakuacji treści ropnej



Ryc. 6. Zdjęcie piersi lewej u 59-letniej chorej, wykonane 18 dni po chirurgicznym nacięciu i drenażu olbrzymiego ropnia piersi lewej

w poradni chirurgicznej. Widok piersi lewej w 18. dobie po nacięciu i drenażu ropnia przedstawiono na ryc. 6. Po 2 miesiącach po zabiegu u chorej wykonano USG i mammografię, nie stwierdzając zmian patologicznych w mięszu piersi.

Omówienie

Niepołogowy ropień piersi występuje u kobiet rzadko [1–3]. Szczyt zachorowania obserwuje się między 30. a 35. rokiem życia i między 50. a 60. rokiem życia [2, 3, 13, 14]. Ropnie piersi najczęściej występują w kwadrantach górnych, gdyż tam zlokalizowany jest głównie mięsz piersi [1–3].

Czynnikami, które predysponują do wystąpienia niepołogowego ropnia sutka u kobiet, są:

- ogólne osłabienie organizmu,
- cukrzyca,
- przyjmowanie leków steroidowych,
- choroby powodujące obniżenie odporności,
- zabiegi przebyte w obrębie gruczołu piersiowego,
- okres po radioterapii lub w trakcie radioterapii piersi z powodu raka,
- stres i przemęczenie,
- ucisk piersi (noszenie zbyt ciasnych biustonoszy, pasy samochodowe itp.),
- niedożywienie,
- palenie tytoniu [1, 2, 13, 14].

Typowymi objawami klinicznymi występującymi u kobiet z niepołogowym ropniem piersi są:

- ból, zaczerwienienie i wyczuwalny guz w miejscu, gdzie jest ropień,
- powiększone węzły chłonne w dole pachowym po stronie, po której zlokalizowany jest ropień,
- gorączka świadcząca o przedostaniu się bakterii do krwiobiegu,
- ogólne złe samopoczucie [1, 2, 13, 14].

Rozpoznanie ropnia piersi ustala się na podstawie wywiadu, badania przedmiotowego i badań obrazowych [1, 2]. W badaniu przedmiotowym zazwyczaj wyczuwalny jest bolesny i dający objaw chębotania guz piersi z odczynem zapalnym. Dobrą metodą służącą zarówno do diagnostyki, jak i do leczenia ropni piersi pozostaje ultrasonografia [15]. Obecnie w przypadku stwierdzenia ropnia piersi w USG nie zaleca się wykonywania mammografii [15].

Istnieje kilka metod leczenia ropni piersi. Jedną z nich jest chirurgiczne nacięcie i drenaż jamy ropnia. Leczenie chirurgiczne wymaga krótkiego znieczulenia dożylnego. Prawdopodobieństwo nawrotu procesu zapalnego w piersi po takim leczeniu jest niewielkie w porównaniu z innymi metodami terapii [3]. W przypadku dużych ropni piersi (powyżej 5 cm) i rozpoznanych w badaniu USG ropni wielokomorowych zaleca się chirurgiczne nacięcie i drenaż ropnia [15]. Po zabiegu chirurgicznym chora musi regularnie zmieniać opatrunki i zgłaszać się do kontroli w poradni chirurgicznej (m.in. celem płukania jamy ropnia) przez ok. 2 tyg. [15]. Należy pamiętać, że po każdej interwencji chirurgicznej pozostaje blizna (ryc. 6).

W przypadku małych ropni piersi istnieje możliwość nakłucia i aspiracji treści ropnej za pomocą igły [15–18]. Metoda ta kończy się sukcesem u 80–90% chorych, jedynie w ok. 10% przypadków konieczna okazuje się interwencja chirurgiczna [16–18]. Dokładniejszą metodą leczenia jest nakłucie ropnia pod kontrolą USG [18–21].

Efektywna metoda leczenia ropni piersi o średnicy większej niż 3 cm to cewnikowanie jamy ropnia po jego wcześniejszym nakłuciu i aspiracji treści ropnej pod kontrolą USG [16, 22–24]. Skuteczność tej metody ocenia się na ok. 95% [22–24].

Autorzy niniejszego opracowania uważają, że duża skuteczność i niewielka blizna dająca doskonały efekt kosmetyczny po nakłuciu i aspiracji treści ropnej zgromadzonej w jamie ropnia sprawiają, że leczenie chirurgiczne powinno być zarezerwowane tylko do terapii dużych i wielokomorowych ropni piersi.

W leczeniu ropnia piersi konieczne jest wykonanie badania bakteriologicznego z antybiogramem, celem włączenia i/lub kontynuacji skutecznej antybiotykoterapii.

Mimo że prawdopodobieństwo wystąpienia raka piersi u kobiet z rozpoznaniem ropniem piersi jest niewielkie, po wyleczeniu każda pacjentka powinna być poddana badaniom obrazowym (mammografii i/lub USG) [25–27]. Należy pamiętać, że rak zapalny piersi może występować u kobiet młodych i u kobiet w ciąży, dając podobne objawy kliniczne jak ropień piersi, dlatego podczas leczenia chirurgicznego konieczne jest pobranie wycinków z jamy ropnia do rutynowego badania histopatologicznego [25–27].

Podsumowanie

Ropnie piersi o średnicy mniejszej niż 5 cm powinny być leczone za pomocą nakłuwania i opróżniania ich

zawartości pod kontrolą USG. W przypadku dużych ropni (o średnicy większej niż 5 cm), a także ropni wielokomorowych wskazana jest interwencja chirurgiczna polegająca na nacięciu, opróżnieniu, wyptukaniu i drenażu jamy ropnia.

Przy każdym chirurgicznym nacięciu ropnia konieczne jest pobranie treści ropnej do badania bakteriologicznego, a także pobranie wycinków z jamy ropnia do rutynowego badania histopatologicznego. Po wyleczeniu u każdej chorej należy wykonać kontrolną mammografię i/lub USG piersi celem wykluczenia zmian patologicznych w piersi.

Piśmiennictwo

1. Marchant DJ. Inflammation of the breast. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2002; 29: 89-102.
2. Benson EA. Management of breast abscesses. *World J Surg* 1989; 13: 753-6.
3. Scholefield JH, Duncan JL, Rogers K. Review of a hospital experience of breast abscesses. *Br J Surg* 1987; 74: 469-70.
4. Tan SM, Low SC. Non-operative treatment of breast abscesses. *Aust N Z J Surg* 1998; 68: 423-4.
5. O'Hara RJ, Dexter SP, Fox JN. Conservative management of infective mastitis and breast abscesses after ultrasonographic assessment. *Br J Surg* 1996; 83: 1413-4.
6. Bates T, Down RH, Tant DR, Fiddian RV. The current treatment of breast abscesses in hospital and in general practice. *Practitioner* 1973; 211: 541-7.
7. Matheson I, Aursnes I, Horgen M, et al. Bacteriological findings and clinical symptoms in relation to clinical outcome in puerperal mastitis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1988; 67: 723-6.
8. Jayakumar K, Appalaraju B, Govindan VK. An atypical presentation of *Salmonella typhi*: a case report. *Indian J Med Microbiol* 2003; 21: 211-2.
9. Lalitha MK, John R. Unusual manifestation of salmonellosis – a surgical problem. *Q J Med* 1994; 87: 301-9.
10. Edelslein H. Breast abscess due to *Salmonella* serogroup B, serotype reading in a young nonpuerperal woman. *Clin Infect Dis* 1993; 17: 951-2.
11. Barrett GS, MacDermott J. Breast abscess: a rare presentation of typhoid. *Br Med J* 1972; 2: 628-9.
12. Delori M, Abgueguen P, Chennebault JM, et al. Breast abscess with *Salmonella typhi* and review of the literature. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2007; 36: 709-12.
13. Inch S. Mastitis: a literature review. World Health Organization. Division of Child Health and Development, Geneva 1997.
14. Ferrara JJ, Leveque J, Dyess DL, et al. Nonsurgical management of breast infections in nonlactating women: a world of caution. *Am Surg* 1990; 56: 668-71.
15. Dixon JM. Outpatient treatment of non-lactational breast abscesses. *Br J Surg* 1992; 79: 56-7.
16. Berna-Serna JD, Madrigal M, Berna-Serna JD. Percutaneous management of breast abscesses. An experience of 39 cases. *Ultrasound Med Biol* 2004; 30: 1-6.
17. Christensen AF, Al-Suliman N, Nielsen KR, et al. Ultrasound-guided drainage of breast abscesses: results in 151 patients. *Br J Radiol* 2005; 78: 186-8.
18. Schwarz RJ, Shrestha R. Needle aspiration of breast abscesses. *Am J Surg* 2001; 182: 117-9.
19. Hayes R, Michell M, Nunnerley HB. Acute inflammation of the breast – the role of breast ultrasound in diagnosis and treatment. *Clin Radiol* 1991; 44: 253-6.
20. Karstrup S, Solving J, Nolsoe CP, et al. Acute puerperal breast abscesses: US-guided drainage. *Radiology* 1993; 188: 807-9.
21. Blaivas M. Ultrasound-guided breast abscess aspiration in a difficult case. *Acad Emerg Med* 2001; 8: 398-401.
22. Garg P, Rathee SK, Lal A. Ultrasonically guided percutaneous drainage of breast abscess. *J Indian Med Assoc* 1997; 95: 584-5.
23. Hook GW, Ikeda DM. Treatment of breast abscesses with US-guided percutaneous needles drainage without indwelling catheter placement. *Radiology* 1999; 213: 579-82.
24. Ulitzsch D, Nyman MK, Carlson RA. Breast abscess in lactating women: US-guided treatment. *Radiology* 2004; 232: 904-9.
25. Tan YM, Yeo A, Chia KH, et al. Breast abscess as the initial presentation of squamous cell carcinoma of the breast. *Eur J Surg Oncol* 2002; 28: 91-3.
26. Kenwright DN, Gaskell D, Wakefield L, Dungan N. Apocrine ductal carcinoma in situ of the breast presenting as a chronic abscess. *Aust N Z J Surg* 1998; 68: 72-5.
27. Wrightson WR, Edwards MJ, McMasters KM, et al. Primary squamous cell carcinoma of the breast presenting as a breast abscess. *Am Surg* 1999; 65: 1153-5.