



## Cyster, Abscesser og Papilsekretion

### Forfattere

Elisabeth Carlsen, Hanne Galatius, Charlotte Lanng, Suzan Lenz Og Ewald Wolny

### Korrespondance

Suzan Lenz

suzanlenz@dadlnet.dk

### Status

Første udkast: maj 2005  
Diskuteret på Hindsgavl mødet: September 2005  
Korrigeret udkast: September 2005  
Endelig guideline:  
Guidelines skal revideres senest:

### Indholdsfortegnelse

Indledning	side 2
Resumé af kliniske rekommandationer	side 2
Litteratursøgningsmetode	side 2
Non puerperale abscesser	side 3
Puerperale abscesser	side 4
Simple cyster	side 5
Ikke simple cyster	side 6
Papilsekretion	side 7
<b>Fejl! Henvisningskilde ikke fundet.</b>	<b>Fejl! Bogmærke er ikke defineret.</b>
Referencer	Side 8

## Indledning

### Baggrund

Benigne mamma lidelser skal kunne skelnes fra maligne.

### Definitioner

Abscesser i mamma defineres som abscesser andre steder i kroppen. De inddeles i puerperale og non-puerperale abscesser. Papilsekretion er fluor fra papillen. Sekretionen kan være fysiologisk eller tegn på malignitet. Cyster i mammae inddeles i simple cyster og ikke simple cyster. De simple er eenkamrede, ekkofrie, velafgrænsede, tyndvæggede og uden vævspapillomer ved ultralydscanning.

### Afgrænsning af emnet

Guidelinen beskriver abscesser, cyster og papilsekretion. Der gives en oversigt over behandlingsmulighederne og en vejledning i at skelne benigne fra maligne tilstande.

### Resumé af kliniske rekommandationer

1. Behandling af non-puerperale *abscesser* er aspiration og antibiotika dækkende aerobe og anaerobe bakterier B
2. Ved non-puerperale centrale *abscesser* anbefales patienten rygestop C
3. Persisterende *fistler* behandles med excision i rolig fase C
4. Puerperale mamma *infektioner* behandles med tidlig antibiotika og hvis der ved ultralydscanning findes *abscess* anlægges grisehalekateter, der skylles hyppigt C
5. *Simpel cyste* påvist ved ultralyd kræver ikke aspiration C
6. *Ublodigt aspirat* skal ikke analyseres C
7. Ved *blodigt aspirat* udredes patienten med triple diagnostik (se guideline om dette) C
8. Yngre patienter med palpable *cyster* har øget risiko for senere at udvikle mamma cancer B
9. Ikke simple *cyster* kan være maligne og skal udredes med tripple diagnostik B
10. Blodig eller vandig *papilsekretion* kræver udredning på specialafdeling C
11. Under graviditet er blodig *papilsekretion* normalt, kræver kun udredning, hvis det  
Fortsætter C
12. Monosymptomatisk *galactoré*, hvor anden årsag er udelukket, kræver ikke behandling D

### Litteratursøgningsmetode

Der er søgt i Medline, Cochrane fra 1980 og ind i 2004. Der er søgt under breast, mamma, mammae, discharge, fluor, malignancy, secretion, cancer, cyst, cysts, ductectasia, aspiration, aspirate, bloody discharge. Referencemængden er ikke omfattende; referencer af lav evidens er frasorterede; den fremkomne reference mængde er ikke stor og ikke af høj evidens. Der er suppleret med lærebogsstof og med ekspertudtalelse under behandling af puerperal abscess.

## Non puerperale Abscesser

### Problemstilling

Kan inddeles efter lokalisation i brystet i perifere og centrale.

**Perifere abscesser** ses oftest hos ældre, immundepleterede kvinder. Ses fx. ved kemoterapi, underernæring, steroidbehandling eller diabetes. (Hughes 2000). (Evidens IV).

**Centrale abscesser** ses i alle aldre oftest i 40-50 års alderen. De ligger hyppigst lige under eller i kanten af areola. Opstår som en del af ductectasisyndromet, men der hersker tvivl om hvad ætiologien er (Hughes 2000) (Evidens IV).

De fleste undersøgelser ligger 30 år tilbage, en gennemgang af disse findes i Ammari et al. (2002). Heri beskrives at følgende forhold enten alene eller i kombination kan være årsag til syndromet: stagnation af sekret forårsaget af pladecellemetaplasi, stagnation som følge af dilatation af udførselsgang (hormoner, autoimmun periductal inflammation), fibrøs omdannelse af udførselsgangen, kolonisation af bakterier (ofte anaerobe) og rygning. I et ukendt antal af tilfælde ses fisteldannelse.

Hvorvidt der i forbindelse med absces/fisteldannelse altid er bakteriel vækst er endnu ikke klarlagt. I nogle arbejder findes bakterier i op mod 100 % af tilfældene i andre kun i ca. 10 % af tilfældene. Ofte findes anaerobe bakterier. (Hughes 2000) (Evidens IV) (Scholefield et al 1987) (Evidens III)

Bundred et al. (1992) har i en retrospektiv undersøgelse gennemgået 122 tilfælde af brystabscesser. 70 % sås hos ikke lakterende kvinder. 16 (19 %) af disse udviklede fistler, og signifikant flere af disse var rygere, sammenlignet med kvinder som ikke dannede fistler (Evidens III).

Ammari et al. (2002) har i en retrospektiv undersøgelse gennemgået 35 tilfælde af periductale abscesser (mean alder 35 år). 26 % af hele gruppen var rygere stigende til 75 % af de kvinder, hos hvem der sås fisteldannelse. 91 % af tilfældene krævede kirurgi. (Evidens III).

Berna-Serna et al. (2004) har aspireret abscesser hos 36 patienter. De fleste (34) var non-puerperale. 4 fik recidiv og måtte behandles kirurgisk. (Evidens III).

Hansen & Axelsson 2003 har i en retrospektiv undersøgelse sammenlignet kirurgisk behandling med aspiration hos henholdsvis 42 og 45 kvinder. Man fandt at behandlingen var lige god i begge tilfælde, idet der sås recidiv hos henholdsvis 19 % og 20 %. Til gengæld kunne aspirationen ofte foregå i ambulant regi uden brug af anæstesi. (Evidens IIb).

Strauss et al. (2003) har behandlet 6 puerperale og 18 non-puerperale abscesser med ultralydvejledt aspiration og antibiotika. Resultaterne blev sammenholdt med resultaterne fra kirurgisk behandling af 15 kvinder. 31% af de kirurgisk behandlede kvinder måtte reopereres. Ingen i aspirations gruppen måtte opereres. Det kosmetiske resultat var bedre ved aspiration (Evidens III)

Behandlingen af absces og fistel er kirurgisk med excision i rolig fase af restabscessen/fistlen og tilhørende ductsystem. Hos ældre kvinder eller kvinder som ikke skal amme rådes til ductexcision på grund af stor risiko for recidiv (Hughes 2000; Scholefield 1987). (Evidens III)

### Resumé af evidens

1. Aspiration og antibiotika er lige så effektiv behandling som kirurgisk excision af abscesser IIb
2. Aspiration og antibiotika kan gentages og giver bedre kosmetisk resultat end kirurgisk excision III
3. Fistel dannelse ses hyppigst hos rygere III
4. Fistler behandles med excision i rolig fase III

### Kliniske rekommandationer

2. Behandling af non-puerperale abscesser er aspiration og antibiotika dækkende aerobe og anaerobe bakterier B
3. Ved non-puerperale abscesser anbefales patienten rygestop C
4. Persistierende fistler behandles med excision i rolig fase C

## Puerperale abscesser

### Problemstilling

Dener & Inan (2003) har prospektivt opgjort behandlingsresultaterne af puerperale mamma infektioner over en 4-årig periode. 102 havde mastitis og 26 havde abscesser bekræftet ved ultralydscanning. Alle fik antibiotika. 10 abscesser blev aspireret og 16 incideret. Helingstiden var den samme. Det kosmetiske resultat ved aspiration var langt bedre. Forsinket antibiotika behandling disponerede til abscesdannelse. (Evidence III)

Schwarz & Shrestha (2001) har aspireret 30 patienter med bryst abscesser uden brug af billeddiagnostik. 25 var puerperale. 9 måtte have gentaget aspirationen og 6 måtte efterfølgende behandles med incision. Alle fik antibiotika. (Evidens III)

Karstrup et al. 1993 har behandlet 19 kvinder med puerperale abscesser med grisehale dræn og gentagne skylninger og opnået helbredelse hos 18. De fandt ved efterundersøgelse et meget fint kosmetisk resultat. Kvinderne fortsatte amning og antibiotika. III

Karstrup har siden behandlet puerperale abscesser på denne måde og angiver fortsat at resultaterne er gode. Metoden er derfor angivet under rekommandationer med en mere udførlig beskrivelse. IV

### Resumé af evidens

1. Aspiration af puerperale abscesser er lige så effektivt som incision og det kosmetiske resultat er bedre III
2. Forsinket antibiotika disponerer til abscess III

### Kliniske rekommandationer

1. Puerperale mamma infektioner behandles med tidlig antibiotika og hvis der ved ultralydscanning findes abscess foretages aspiration C
2. Ved ultralyd påvist abscess anlægges grisehalekateter 1,2 mm ydre diameter; det fixeres så amningen kan fortsætte. Der skylles med 4x10 ml isotont saltvand 4 gange daglig. Patient eller pårørende instrueres i at skylle. Amning og antibiotika fortsættes. Drænet kan fjernes efter 3-4 dage. D

## Simple cyster

### Problemstilling

Karakteriseres ved at være eenkamrede med glat, tynd væg ved ultralydscanning. Cysten ses som en ekkofri til ekkofattig process, rund eller oval med enhancement (Kossoff MB (2000))(evidens IV). Cystedannelse kan betragtes som en mindre variation i den normale lobulære involution (omdannelse af kirtelvæv til fedt- og bindevæv). Cystedannelse forekommer hos 7-10 % af alle kvinder, og ses hyppigst i alderen fra 35 til 55 år, med maximum i 40 til 50 års alderen, sjældent før 30 og efter 60 år. Forsvinder hurtigt efter menopausen, med mindre kvinden tager HRT. Flertallet af simple cyster er asymptomatiske. Symptomer på en cyste kan være en palpabel, glat, let øm, oftest mobil knude. Eneste symptom kan også være ikke cykliske smerter, som ofte ses i forbindelse med ruptur af en cyste. Cyste diagnosen kan stilles alene på det karakteristiske ultrasoniske billede, eller ved punktur med udhentning af ublodig væske. Hvis der efter aspiration fortsat er en palpabel proces eller hvis aspiratet er blodigt (Fejlkilde: karpunktur i forbindelse med aspiration) skal processen yderligere udredes. Recidiv af den punkterede cyste ses hos ca. 10 %, og behandlingen er gentagelse af aspiration.(Hughes (2000))(Evidens IV).

Brenner et al.(1994) fandt i en screeningspopulation at ca. 1 ud af 8 cyster øgedes i størrelse, mens 60 % forsvandt efter 1 år og 80% var væk efter 5 år. (Evidens III).

Ciattao et al.(1987) har i en retrospektiv undersøgelse af aspiratet i 6.782 cyster hos 4.105 kvinder med cyster fundet ublodigt aspirat hos 98% og ingen af disse tilfælde var cancer. Alle tilfælde med intracystisk papillom havde blodigt aspirat. 5 kvinder havde cancer. I to tilfælde var cytologien falsk negativ, men papillomet blev fundet ved anden rutine undersøgelse. Ciattao et al. anbefaler, at der kun udføres cytologi ved blodigt aspirat. (Evidens III).

Boccardo et al.(2001) har fulgt 504 yngre kvinder, som havde fået foretaget cysteaspiration og fundet en RR på 3,32 for senere udvikling af bryst cancer, hvis de samtidig havde arvelig disposition (Evidens IIa).

Dixon et al.(1999) har fulgt 1374 kvinder med palpable cyster over mere end 8 år og fundet en RR på 2,81 for senere udvikling af cancer (Evidens IIa).

### Resumé af evidens

- |   |     |
|---|-----|
| 1. Cyster kan svinde spontant   | III |
| 2. Ublodigt aspirat repræsenterer benign cyste  | III |
| 3. Cyster, som er tømt ved aspiration, kan recidivere   | IV  |
| 4. Der er en RR på ca. 3 for senere udvikling af mamma cancer hos yngre patienter med cyster, dersom cysterne er palpable eller der samtidig er arvelig disposition | IIa |

### Kliniske rekommandationer

- |  |   |
|--|---|
| 1. Sempel cyste påvist ved ultralyd kræver ikke aspiration                                   | C |
| 2. Ublodigt aspirat skal ikke analyseres   | C |
| 3. Ved blodigt aspirat udredes patienten som ved tumor suspicio                              | C |
| 4. Yngre patienter med palpable cyster eller cyster og familiær disposition bør kontrolleres | B |

## Ikke simple cyster

### Problemstilling

Omfatter alle cyster, som ikke er simple. Det vil sige cyster med papillomer, septae eller uskarpe vægge.

Berg et al. (2002) fandt malignitet i 18 ud af 79 tilfælde (23%) af ikke simple cyster (Evidens IIb).

Louie et al. (2003) har undersøgt 139 ikke simple cyster, som var non-palpable og fundet ved mammografi og klassificeret ved ultralyd. 4 var maligne. Ikke simple cyster, som svandt efter aspiration og som indeholdt ublodig væske var benigne (Evidens IIb).

Ciattao et al. (1987) fandt, at alle 5 tilfælde med intracystisk papillom havde blodigt aspirat. Materialet omfatter 6782 konsekutive cyste aspirater. Cytologi var uegnet til videre diagnostik. 5 kvinder havde cancer. I to tilfælde af cancer var cytologien falsk negativ, i et falsk positiv og to papillomer blev korrekt diagnosticeret benigne (Evidens III; kan dog tillægges større vægt på grund af stort materiale).

### Resumé af evidens

- |  |     |
|--|-----|
| 1. Ikke simple cyster er suspekter for malignitet  | IIb |
| 2. Tilsyneladende ikke simple cyster, som har ublodigt aspirat og som forsvinder efter aspiration er benigne | IIb |

### Kliniske rekommandationer

- |  |   |
|--|---|
| 1. Ikke simple cyster kan være maligne og skal udredes med triple diagnostik | B |
|--|---|

## Papilsekretion

### Problemstilling

Det er ukendt hvor mange kvinder der har papilsekretion, men opgørelser fra brystklinikker viser at 7 % af henvisningerne er på grund af papilsekretion (Leis et al. 1988)(Evidens III). Al sekretion fra brystvorten, som ikke er blodig eller klar, er fysiologisk. Det vil sige at sekret, som er mælket, grønt, gult eller brunt, er fysiologisk; ligesom det er normalt at kunne presse lidt væske ud af papillen især ved afslutning af amme periode, ved seksuel stimulation og i forbindelse med menarche og menopause. Ved prolaktinomer eller hyperprolaktinæmi samt ved brug af visse medikamina (antihypertensiva, psykofarmaka, p-piller) ses papilsekretion (Webster 2000) (Evidens IV).

Der kan ses fysiologisk blødning fra papillen i 2. og 3. trimester. Dette ophører indenfor 2 måneder efter påbegyndt amning og kræver ikke yderligere udredning (O'Callaghan et al.1981)(Evidens III).

Blodig eller vandig, klar sekretion kræver nærmere udredning, da der i op til 30 % af tilfældene ses cancer, enten invasiv eller in situ som årsag til sekretionen (Leis et al. 1988; Webster 2000; Florio et al. 2003)(Evidens III). Hyppigste årsag er duktectasi, næsthypigste er intraduktale papillomer (Webster 2000)(Evidens IV).

Seltzer har retrospektivt opgjort hovedsymptomet ved over 10.000 henvisninger til brystklinik og fundet, at cancer hyppigheden hos kvinder over 50 år, hvis hovedsymptom var papilsekretion, var 9% (Evidens III).

Udredning ved suspekt sekret følger retningslinjerne for tripple test. Hvis der ikke findes tumor anbefales duct excision. Da der er en meget høj falsk negativ rate ved cytologisk undersøgelse af papilsekretet kan denne undersøgelse ikke anbefales, det samme gælder for duktografi (Webster 2000)(Evidens IV).

Simmons et al.(2003) har retrospektivt undersøgt værdien af præoperativ udredning hos 108 opererede patienter med patologisk papilsekretion. Der konkluderes, at mammografi, duktografi, cytologi og hæmocult er dårlige prædiktorer for malignitet med sensitivitet på henholdsvis 57, 0, 11 og 50%, hvorfor man ikke kan undlade kirurgisk excision ved patologisk sekret fra papillen. (Evidens IIb).

Mælkeagtigt sekret kan være grønligt. Er man i tvivl om hvorvidt sekretet er blodigt, kan man anvende urinstiks. Ses udslag på mere end 1+ for blod betragtes fundet som positivt. (Webster 2000)(Evidens IV).

Hos enkelte patienter ses bilateral mælkelignende sekret (galaktoré), dette kan være led i anden ætiologi, se afsnit om hyperprolaktinæmi. Kvinder hvis eneste symptom er galaktoré, og hvor anden årsag til galaktoré er udelukket, kræver ikke behandling. Alexander (2004) (Evidens IV) Hvis sekretionen er meget generende kan man tilbyde ductexcision Dixon (2004) (Evidens IV).

### Resumé af evidens

- |  |     |
|--|-----|
| 1. Papilsekretion er årsag til henvisning til brystklinik i ca. 7% af henvisningerne   | III |
| 2. Papilsekretion er i 9% af tilfældene udtryk for malignitet  | III |
| 3. Blodig eller vandig papilsekretion er i 30% af tilfældene udtryk for malignitet   | III |
| 4. Blødning fra papillen i 2. og 3. trimester er fysiologisk og kræver ikke udredning, hvis det forsvinder efter amnings start | III |
| 5. Duktografi og cytologi er uanvendelige til afklaring af malignitet ved papilsekretion                                       | IIb |
| 6. Mammografi har 57% sensitivitet for cancer ved papilsekretion   | IIb |

### Kliniske rekommandationer

- |   |   |
|---|---|
| 1. Blodig eller vandig papilsekretion kræver udredning på specialafdeling                       | C |
| 2. Under graviditet er blodig papilsekretion normalt, kræver kun udredning, hvis det fortsætter | C |
| 3. Al anden form for sekretion kræver ikke behandling   | C |
| 4. Monosymptomatisk galactoré, hvor anden årsag er udelukket, kræver ikke behandling            | D |

## Referencer

### Referencer abscesser:

Ammari FF et al Saudi Med J 2002;23:819-22 Periductal mastitis. Clinical characteristics and outcome.

Berna-Serna JD, Madrigal M & Berna-Serna JD:  
Percutaneous management of breast abscesses. An experience of 39 cases.  
Ultrasound Med Biol 30(2004)1-6.

Bundred NJ, Dover MS, Coley S & Morrison JM:  
Breast abscesses and cigarette smoking  
Br J Surg 79(1992)58-9.

Dener C & Inan A:  
Breast abscesses in lactating women.  
World J Surg 27(2003)130-3.

Hansen B & Axelsson CK:  
Treatment of breast abscess.  
Ugeskr læger 165(2003)128-31.

Hughes LE. The ductectasia / periductal mastitis complex  
In: Benign Disorders and Diseases of the Breast. 2<sup>nd</sup> edition: London: Saunders, 2000:1143-168

Karstrup S, Solvig J, Nolsoe CP, Nilsson P, Khattar S, Loren I, Nilsson A & Court-Payen M:  
Acute puerperal breast abscesses: US-guided drainage.  
Radiology 188(1993)807-9.

Scholefield JH, Duncan JL & Rogers K:  
Review of hospital experience of breast abscess.  
Br J Surg 74(1987)469-70 .

Schwarz RJ & Shrestha R:  
Needle aspiration of breast abscesses..  
Am J Surg 182(2001)117-9.

Strauss A, Middendorf K, Muller-Egloff S, Heer IM, Untch M & Bauerfeind I:  
Sonographically guided percutaneous needle aspiration of breast abscesses - a minimal-invasive alternative to surgical incision.  
Ultraschall Med 24(2003)393-8.

### Referencer cyster:

Berg WA, Campassi CI & Ioffe OB:  
Cystic lesions of the breast: Sonographic-pathologic correlation.  
Radiology 227(2003)183-91.

Boccardo F, Marengi C, Ghione G, Pepe A, Parodi S & Rubagotti A. :  
Intracystic epidermal growth factor level is predictive of breast-cancer risk in women with gross cystic disease of the breast.  
Int J Cancer. 95(2001)260-5.

Brenner RJ, Bein ME, Sarti DA & Vinstein AL:  
Spontaneous regression of interval benign cysts of the breast.  
Radiology 103(1994)365-8.

Ciatto S, Cariaggi P & Bulgaresi P:  
The value of routine cytologic examination of breast cyst fluids.  
Acta Cytol 31(1987)301-4.

Dixon JM, McDonald C, Elton RA & Miller WR.:  
Risk of breast cancer in women with palpable breast cysts: a prospective study.  
Lancet 22(1999)1742-5.

Hughes LE.  
Cysts of the Breast. In: Benign Disorders and Diseases of the Breast. 2<sup>nd</sup> edition: London:  
Saunders, 2000: 123-135.

Kossoff MB:  
Ultrasound of the Breast.  
World J Surg 24(2000)143-57.

Louie L, velez N, Earnest D & Staren ED:  
Management of nonpalpable ultrasound-indeterminate breast lesions.  
Surgery 134(2003)667-73.

### **Referencer papilsekretion:**

Alexander KC, Leung MBBS & Pacaud D:  
Diagnosis and Management of Galactorrhea.  
Am Fam Physician 70(2004)543-50.

Dixon JM & Bundred NJ:  
Management of disorders of the ductal system and infections in Diseases of the Breast.  
Third edition: Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004 pp 48-56

Leis HP Jr, Greene FL, Cammarata A & Hilfer SE:  
Nipple discharge: surgical significance.  
South Med J 81(1988)20-6.

O'Callaghan MA et al :  
Atypical discharge from the breast during pregnancy and / or lactation.  
Austr New Zealand J Obst Gyn 21(1981)214-6.

Simmons R, Adamovich T, Brennan M, Christos P, Schultz M, Eisen C & Osborne M:  
Nonsurgical evaluation of pathologic nipple discharge.  
Ann Surg Oncol 10(2003)113-6.

Webster DJT. Nipple discharge in: Benign Disorders and Diseases of the Breast. 2<sup>nd</sup> edition:  
London: Saunders, 2000: 171-86