

Regionalt vårdprogram

Bröstkomplikationer i samband med amning

2016

Regionalt vårdprogram
**Bröstkomplikationer i
samband med amning**

2016

ISBN 91-976391-8-4
Utgåva 3

Det medicinska programarbetet inom SLL

Det medicinska programarbetet i Stockholm syftar till att patienter, vårdgivare och beställare ska mötas för att forma en god och jämlik vård för länets ca 2 miljoner invånare. Kunskapen om den goda vården ska vara gemensam, tillgänglig och genomlysbar samt bilda grund för bättre beslut i vården.

Arbetet bedrivs på avdelningen Stöd för evidensbaserad medicin i samverkan med sakkunnigorganisation, vårdgivare och beställare. Patientorganisationer medverkar också i arbetet.

De regionala vårdprogrammen ska vara ett stöd för hälso- och sjukvårdspersonal i det praktiska vardagsarbetet och ett kunskapsunderlag för att utveckla och följa upp vårdens innehåll och kvalitet.

Förord

Detta vårdprogram är en tredje upplaga, tidigare upplagor gavs ut under 2003 och 2008.

I denna upplaga har det tillkommit några amningsrelaterade tillstånd som inte är komplikationer, men där föräldrar ofta får olika information från vården. Det gäller bland annat amning vid bröstreduktion, sviktande och utebliven mjölkproduktion samt amningsnedläggning. Upplagan innehåller även en bilaga med diagnoser för komplikationer på bröst, bröstvärta och amningsproblem som är framtagen av Amningssakkunniga i Stockholms län (AMSAK) utifrån ICD-kod 10.

Det är viktigt att registrera rätt diagnos inklusive bidiagnos och åtgärdskod för varje tillstånd för att statistik, kostnadsersättning och forskning ska bli så tillförlitlig som möjligt.

I inledningen till vårdprogrammet betonas vikten av samarbetet i vårdkedjan för att förebygga bröstkomplikationer och med tung vikt på förebyggande insatserna inom mödrahälsovården och på förlossningen. I fördjupningsdelen av vårdprogrammet beskrivs vad som är viktigt att tänka på vid mötet med föräldrar med bröstkomplikationer och amningsproblem samt vikten av en god anamnes för att kunna säkerställa diagnosen.

Vetenskapliga studier gällande behandling av vanliga bröstkomplikationer är få. Där studier saknas har vi arbetat utifrån evidensbaserad praktik och då kunnat använda oss av erfarenheterna från Amningsmottagningarna i SLL.

Angående läkemedelsrekommendationer vill vi betona att i detta vårdprogram ges generella rekommendationer för läkemedel granskat av medicinska granskare och konsulter till AMSAK. Rekommendationerna är för mammor med friska fullgångna barn. När dessa inte räcker till är det viktigt att i de enskilda fallen göra en individuell bedömning tillsammans med barnläkare eller annan expertis inom området. Läkemedel, kosttillskott och örter som används vid amning där evidens saknas har vi belyst under rubriken Aktuellt kunskapsläge.

Granskat och godkänt av SMR den 27 augusti 2015.

Carl-Gustaf Elinder
Ordförande, Stockholms medicinska råd
Avdelningschef, Stöd för evidensbaserad
medicin

Karin Petersson
Ordförande i specialitetsråd Reproduktion
Kvinnokliniken, Karolinska
Universitetssjukhuset

Innehåll

Förord.....	1
Innehåll	3
Introduktion	7
Arbetsätt och upplägg av vårdprogrammet	9
Vårdprogrammet är uppdelat på följande sätt.....	10
Arbetsgrupp.....	11
Referenser	14
Behandling av komplikationer i bröstvårta och bröst.....	15
Mjökstas (Lymfangitis mammae)	17
Bakgrund	17
Undersökning/utredning	17
Differentialdiagnoser.....	17
Handläggning och omvårdnad	18
Aktuellt kunskapsläge	18
Referenser	19
Sår/fissur på bröstvårta.....	20
Bakgrund	20
Undersökning/utredning	21
Handläggning och omvårdnad	21
Aktuellt kunskapsläge	23
Referenser	24
Mastodyni/Smärtor i bröstet	25
Bakgrund	25
Undersökning/utredning	26
Handläggning och omvårdnad	27
Aktuellt kunskapsläge	28
Referenser	30
Tillstånd relaterat till bröstvårtor och vartgård	31
Candidainfektion	33
Bakgrund	33
Undersökning/utredning	33
Handläggning och omvårdnad	34
Aktuellt kunskapsläge	36
Referenser	37
Plugged/blocked duct	38
White spot, corpora mylacea	38
Milk Blister	38
Bakgrund	38
Undersökning/utredning	39
Handläggning och omvårdnad	39
Aktuellt kunskapsläge	40
Referenser	41
Eksem	42
Bakgrund	42
Riskfaktorer	43
Undersökning/utredning	43
Handläggning och omvårdnad	43
Referenser	44
Raynaud´s fenomen (idiopatisk natur).....	45
Bakgrund	45
Undersökning/utredning	45
Handläggning och omvårdnad	46

Aktuellt kunskapsläge	46
Referenser	47
Herpes simplex virus	48
Bakgrund.....	48
Handläggning och omvårdnad	48
Referenser	48
Komplikationer i bröstet.....	49
Bröstinflammation - ett fysiologiskt vävnadssvar	49
Referenser	49
MASTIT	50
Bakgrund.....	50
Undersökning/utredning.....	51
Handläggning och omvårdnad	53
Aktuellt kunskapsläge	55
Litteratur	56
Referenser	56
Bröstabscess/böld.....	57
Bakgrund.....	57
Undersökning/utredning.....	57
Handläggning och omvårdnad	58
Aktuellt kunskapsläge	62
Referenser	62
Andra amningsrelaterade tillstånd/situationer	63
Bröstreduktion	65
Bakgrund.....	65
Undersökning/utredning.....	65
Handläggning och omvårdnad	66
Aktuellt kunskapsläge	66
Referenser	67
Bröstförstoring/implantat	68
Bakgrund.....	68
Undersökning/utredning.....	68
Handläggning och omvårdnad	68
Referenser	69
Utebliven mjölkproduktion.....	70
Sviktande mjölkproduktion	70
Bakgrund.....	70
Undersökning/utredning.....	71
Handläggning och omvårdnad	71
Aktuellt kunskapsläge	72
Referenser	73
Amningsnedläggning	74
Bakgrund.....	74
Undersökning/utredning.....	74
Handläggning och omvårdnad	74
Aktuellt kunskapsläge	75
Referenser	76
Läkemedelsanvändning - narkos och röntgen vid amning	77
Amning vid narkos.....	77
Amning i samband med röntgenundersökning och ultraljud	77
För mer information och frågor.....	78
Lästips.....	78
Referenser	79
Fördjupning	81
Hjälp för utredning och handläggning	81
Att möta kvinnor med amningsproblem eller bröstkomplikationer	83
Referenser	85

Anamnes vid telefonrådgivning och på mottagning.....	86
Förhållningssätt vid anamnesupptagning och samtal	86
Frågor att ställa för bedömning, uteslutande av riskfaktorer och för vidare handläggning	87
Referenser	88
Undersökningsmetoder	89
Inspektion och palpation av bröst.....	89
Odlingsteknik	90
Bakgrund	90
Sårodling och bröstmjölksodling	90
Svarsrutiner	90
Aktuellt kunskapsläge	90
Referenser	91
Amningsstatus	92
Fem frågor för att utvärdera, handlägga och underlätta amningssituationen	92
Amningsobservation.....	95
Referenser	98
Oralmotorisk undersökning - Kort tungband	99
Referenser	99
Urmjolkning av bröst vid bröstkomplikation	100
Urmjolkning ingen generell rekommendation vid bröstkomplikationer	100
Viktigt med goda förutsättningar vid urmjolkning – utdrivningsreflexen är betingad.....	100
Strategier, riktlinjer och regelsystem i Sverige	101
Referenser	102
Amningshjälpmedel.....	103
Amningsnapp	103
Bröstvårtsskydd/vårtluftare	103
Koppmatning.....	103
Tillmatningsset.....	104
Bröstpump	104
Referenser	105
Bilaga 1 - Diagnoser.....	107
Bilaga 2 - Ordlista.....	109

Introduktion

De flesta kvinnor vill amma, men slutar tidigare än de tänkt sig. I Sverige börjar 96 % av kvinnorna att amma [1]. Flertalet kvinnor svarar under sin graviditet att de har en intention att amma barnet, varav majoriteten har en önskan om att amma helt i sex månader [2]. Socialstyrelsens statistik (2015) visar att många kvinnor slutar amma tidigare än de planerat, vid sex månader helammar endast 14 % av mammorna [1]. Vanliga orsaker till att kvinnor slutar amma är att de råkar ut för amnings- och bröstkomplikationer så som såriga bröstvårtor, smärta och upprepade mastiter [3]. Andra orsaker kan vara att barnet inte får ett bra tag om bröstet, otillräcklig bröstmjölksmängd, samt svårigheter med att hitta en fungerande metod för urmjolkning av bröstmjölken [4]. Studier visar också samband mellan tillmatning på BB och minskad helamning och att det är vanligt att kvinnor upplever att de har en otillräcklig mjölk mängd, vilket är en av orsaker till att kvinnor slutar amma tidigare än planerat [5, 6].

Bröstkomplikationer och amningsproblem kan förebyggas

För att främja amning och förebygga bröst- och amningsproblem är det viktigt att varje del i vårdkedjan tar ansvar för sin specifika del, *se vidare Amningsstrategi för personal i vårdkedjan 2015* på www.vardgivarguiden.se

SLLs Amningsstrategin bygger på initiativet ”Amningsvänlig vårdkedja” från Baby Friendly Hospitals Initiative, BFHI och innebär att varje enhet som arbetar med amning följer WHO och UNICEF’s handlingsplan ”Tio steg som främjar amning” [7].

Om problem uppstår går de flesta att komma till rätta med, om man får kunskapsbaserat stöd, ett stöd som inte alltid finns idag. Med hjälp av detta vårdprogram hoppas vi nå ut till fler enheter och även till föräldrar.

Rekommendation från Stockholms medicinska råd

En viktig förberedande åtgärd är att föräldrarna redan på mödrahälsovården får kunskap om hur viktig den första timmen efter förlossningen är, hur de kan främja amningen och förebygga amningsproblem genom att barnet får ligga hud-mot-hud med sin mamma och själv söka sig till bröstet. Det nyfödda barnet har ett medfött instinktivt beteende att söka sig till bröstet och börja suga när barnet är beredd [8, 9]. När mamman och barnet får denna möjlighet redan under de första timmarna minskar onödiga interventioner som kan orsaka amnings- och bröstproblem. Om barnet somnar utan att ha sugit eller när en separation är nödvändigt är det viktigt att mamman får information om betydelsen att stimulera bröstet redan på förlossningsavdelningen [10]. Vid en separation direkt efter förlossningen är det viktigt att mamman och barnet får hud-mot-hudkontakt så snart situationen tillåter.

Hälsoeffekter av amning och bröstmjolk

Amning har många positiva hälsoeffekter för mödrar och barn både i låg- och höginkomstländer. Amning är en av flera hälsoindikatorer i både nationella och internationella jämförelser. Bröstmjölken är näringsmässigt anpassat efter barnets behov. Bröstmjölken har också immunologiska fördelar, minskar bland annat risken för de vanligaste infektionssjukdomarna så som diarréer, infektioner i övre och nedre luftvägarna, öron- och urinvägsinfektioner samt fetma och diabetes [11]. Bröstmjolk är även en av flera skyddande faktorer mot plötslig spädbarnsdöd samt minskar risken för nectrotiserande enterokolit (Nec) som kan drabba de minsta prematurerna [12]. Bröstmjölken stimulerar till en god tarmflora, innehåller aktiva enzymer och tillväxtfaktorer som är positiva för tarmens funktion och utveckling [11].

För mamman innebär amning en minskad risk för riklig blödning i samband med födseln. Andra hälsofördelar är att amning kan underlätta viktminskningen, minska risken för typ-2 diabetes, bröst- och ovarial cancer [12, 13]. Det är möjligt att amning kan minska risken för postpartumdepression om amningen fungerar bra, men vid amningsproblem kan risken istället öka [14]. *Se vidare regionalt vårdprogram Psykisk sjukdom i samband med graviditet och spädbarnsperiod på www.vardgivarguiden.se*

Amning är även ekonomiskt, miljövänligt och kostnadseffektivt för både individ och samhället [12, 15].

Under 2016 har tidskriften Lancet publicerat en metaanalys om amning. Publicerad artikelserie belyser bland annat hälsokostnader, miljökostnader och ekonomiska kostnader som amning bidrar positivt till [27].

Amning är komplext och betyder olika för olika kvinnor

Amning är multikomplex - kulturella, socioekonomiska och psykosociala faktorer påverkar om kvinnan kommer att amma eller inte [16]. Amning betyder olika för olika kvinnor, hur stor plats den får ta och hur viktig den är. Kvinnor har olika resurser och är olika motiverade samt har olika stöd i sin omgivning. En del kvinnor ammar för barnets skull medan andra uppskattar både den egna och barnets njutning då det fungerar. Initialt kan amning vara en skör process, speciellt under de första månaderna efter födseln. Kvinnor behöver vara motiverade och känna tillit till sin förmåga att amma samt behöver få stöd från omgivningen för att amningen ska fungera [17].

Det är inte ovanligt att mödrar upplever en känsla av otillräcklighet och känner då att en förlust av en kroppskontroll de inte kan påverka själv uppstår [18, 19]. Då amningen inte motsvarar förväntningar är det framförallt två saker som framträder, dels en känsla av otillräcklighet dels ett ständigt ifrågasättande av sig själv, både inifrån och utifrån. Kvinnor sätter ofta press på sig själva om att de borde kunna amma och de upplever att samhället ställer krav på att nyblivna mammor borde amma [19]. Det är viktigt för kvinnor att känna existentiell trygghet för att minska risken att utveckla amningsrädsla. Vid svårigheter är det betydelsefullt att hitta någon som kan ge stöd och trygghet. En uppgift för personalen är därför att även stödja och uppmuntra kvinnans sociala nätverk då trygghet visat sig viktigt för amningsframgång [19].

Vårdpersonalens kunskap är en viktig faktor för att nyblivna föräldrar och ammande ska känna tillit. Personalen behöver ha kunskap om amning så att de kan erbjuda vård och stöd utifrån ett patientperspektiv. Personalen behöver få möjligheter till professionell utveckling genom reflektion över den vård som ges [19]. *Se vidare i fördjupningsdelen Att möta kvinnor med amningsproblem och bröstkomplikationer.*

All personal som ska råda, vägleda och diagnostisera amningsrelaterade bröstkomplikationer eller amningsobservera bör ha läst vårdprogrammet för att bättre förstå komplexiteten runt amning. Amningsrelaterade nybörjarproblem behöver mamman/föräldern få möjlighet att upptäcka med stöd av kunnig personal. Kvinnor som upplevt gott stöd från personalen helammar längre [20]. Vården behöver kunna ge både medicinsk vård vid amning och omvårdnad som möjliggör amning för de kvinnor som önskar. Det finns en risk att kvinnor ammar i mindre utsträckning om vården är bristfällig.

Kunskapsbaserad och patientfokuserad vård

En god vård ska kännetecknas av att den är kunskapsbaserad, patientfokuserad, effektiv, säker, jämlik och ges i rimlig tid. Den ska genomföras i samråd och med respekt för

patientens integritet och självbestämmande. En delaktig patient kan lättare medverka till att målen med vård och behandling uppnås och att säkerhetsrisker kan förebyggas [21, 22]. Detta ställer krav på att vårdgivare, och hälso- och sjukvårdspersonal tillämpar den lagstiftning som reglerar patientens ställning och att det finns ett ledningssystem för kvalitets- och patientsäkerhetsarbete som omfattar bemötande information, delaktighet och kontinuitet. Dessutom för att uppnå en kunskapsbaserad vård krävs att hälso- och sjukvårdspersonal har kunskap och tillräcklig kompetens.

Barnkonventionen

Barnkonventionen förespråkar att föräldrar har rätt att få kunskaper om amning av vårdpersonal som har en adekvat utbildning och kompetens [23].

Behov av specialistkompetens i amning

Det finns ett behov av Amningsmottagningar med specialiststöd för de mer komplicerade tillstånden där vård-kedjans kompetens och/eller resurser inte räcker till. AMSAK har uppskattat att ungefär 10–15 % av kvinnorna som föder barn på Stockholmsjukhusen behöver specialisthjälp och stöd, men ett stort mörkertal finns. De flesta initiala amningsproblem kan lösas på BB, återbesöksmottagning och/eller inom BHV. Under 2014 sökte 2 900 kvinnor hjälp vid någon av Amningsmottagningarna i SLL. På de flesta landstingsägda förlossningskliniker i SLL har det tills nu funnits Amningsmottagningar dit kvinnor söker sig eller blir hänvisade till från öppenvården. Amningsmottagningarna handleder vid behov personal i hela vårdkedjan.

Arbetsätt och upplägg av vårdprogrammet

AMSAK:s vårdprogram redovisar det nuvarande forskningsläget i kombination med professionell klinisk erfarenhet. AMSAK har i arbetet med vårdprogrammet försökt arbeta efter Thyer's filosofi och hans fem steg för evidensbaserad praktik [24].

Evidensbaserad praktik

Evidensbaserad praktik innebär en medveten och systematisk användning av flera kunskapskällor för beslut om handläggning genom att få tillgång till den bästa tillgängliga kunskapen, den professionella expertisen samt den berörda patientens situation, erfarenheter och önskemål. Beslut om åtgärder ska grunda sig på ett så bra och tillförlitligt underlag som möjligt [25].

Den evidensbaserade beslutsprocessen [26]



Beslutsprocessen beskrivs som en arbetsgång i fem steg [24]:

1. Formulera behovet av information till en fråga som går att besvara
2. Leta upp bästa tillgängliga kunskap som kan besvara frågan
3. Värdera den kunskap som finns med tanke på dess vetenskapliga användbarhet och tillförlitlighet
4. Integrera denna kunskap med den egna professionella kompetensen, den berörda personens unika förutsättningar och önskemål samt kontextuella faktorer
5. Utvärdera åtgärden och effektiviteten vid utförandet av de fyra föregående stegen och sträva efter att förbättra arbetet

Vårdprogrammet är uppdelat på följande sätt

Behandlingsdel

För att göra de olika komplikationerna/problemen överskådliga och lättillgängliga har behandlingsdelen delats in i fyra huvudgrupper, dessa följer i stort klassificeringen av ICD-kod 10.

1. Komplikationer som kan förekomma på bröstvårtorna; sår, smärtor och infektioner
2. Andra tillstånd som kan påverka bröstvårtor och vårtgård; Candida, Blocked ducts som White spot och Milk blister, Eksem, Raynauds fenomen, Herpes
3. Komplikationer i bröstet; Mastit och Bröstabscess
4. Amningsrelaterade tillstånd; Bröstförstoring/reduktion, utebliven/otillräckliga mjölmängd, amningsnedläggning
5. Läkemedelsanvändning, narkos och röntgen vid amning relaterat till mamman och barnet

Presentationen av komplikationer/problemen följer en gemensam mall: (alla punkter är inte aktuella för alla tillstånd).

Bakgrund

- Förekomst
- Riskfaktorer

Undersökning och utredning

- Anamnes klinisk bild
- Symtom/status
- Lab
- Ultraljud
- Differentialdiagnoser

Handläggning och omvårdnad

- Läkemedel
- Prognos
- Uppföljning
- Aktuellt kunskapsläge. Här diskuterar vi evidens och där kunskapen är otillräcklig för den kliniska praktiken och vanliga råd som vi behöver reflektera mer kring.

Fördjupningsdel

Denna del ger fördjupad kunskap till den som möter kvinnan/föräldrarna som har amnings- och/eller bröstproblem samt anamnesupptagning. I fördjupningsdelens finns hänvisningar till hur man tar odlingar, hur man enkelt utvärderar amningen med amningsstatus för att bedöma om en amningsobservation behöver göras i samråd med föräldrarna, hur man genomför en amningsobservation samt belyser strategier och riktlinjer för att förhålla sig till svensk sjukvård relaterat till amning och några amningshjälpmedel.

Bilagor

- Ordlista
- Diagnoser

Arbetsgrupp

Arbetsgruppen har bestått av deltagare i **AMningSsakKunniga** (AMSAK) i Stockholms läns landsting. AMSAK bildades 1999 och är en tvärprofessionell nätverksgrupp med representanter från hela vårdkedjan inom mödra- och barnhälsovård samt barnmorskeutbildningen vid Karolinska Institutet.

AMSAK har under många år arbetat för att sprida kunskap om amning och amningsvänliga vårdrutiner baserade på systematiska studier samt sammanställt de tidigare Vårdprogrammen som nu uppdateras. AMSAK representerar alla Amningsmottagningar i SLL och har definierat amningsdiagnoser enligt DRG.

Författare

Namn	Titel	Arbetsplats
Cecilia Brolinger	Barnsjuksköterska, Barnmorska, IBCLC*	Capio BVC Hammarbyhöjden cecilia.brolinger@capio.se
Wiveka Estberger	Barnmorska, IBCLC*	Södersjukhuset AB wiveka.estberger@sodersjukhuset.se
Elisabet Granberg	Barnmorska, IBCLC*	Danderyds Sjukhus AB elisabet.granberg@ds.se
Anna Gustafsson	Barnmorska, IBCLC*, doktorand	Karolinska Universitetssjukhuset anna.m.gustafsson@karolinska.se
Gunilla Holland	Barnmorska spec. amning, IBCLC*	Södersjukhuset AB gunilla.holland@sodersjukhuset.se
Elisabeth Hjartmyr	Barnmorska, Barnsjuksköterska spec. amning	BB-Sophia elisabeth.hjartmyr@gmail.com
Kerstin Lindahl	Barnmorska spec.amning, IBCLC*	Danderyds Sjukhus AB kerstin.lindahl@ds.se
Kristin Svensson	Universitetsbarnmorska spec. amning, dr med vet	Karolinska Universitetssjukhuset kristin.svensson@ki.se
Virpi Saastamoinen	Barnmorska	Karolinska Universitetssjukhuset virpi.saastamoinen@karolinska.se
Annette Säll Everö	Barnmorska, IBCLC*	Södertäljesjukhus annette.sall-evero@sodertaljesjukhus.se
Ann Tiits	Barnmorska, IBCLC*	MamaMia MVC, Söder ann.tiits@mamamia.se
Sofia Zwedberg	Barnmorska spec amning, klinisk adjunkt dr fil	Karolinska Universitetssjukhuset sofia.zwedberg@ki.se
Anna Österberg	Barnsjuksköterska, Distriktssköterska, IBCLC*	Norrtälje BVC anna.osterberg@tiohundra.se

*International Board Certified Lactation Consultant

Medicinska granskare och konsulter till AMSAK

Ylva Vladic Stjernholm, docent och överläkare, Kvinnokliniken Karolinska
Universitetssjukhuset, Solna.

Maria Karlsson, med. dr, överläkare, Hudkliniken, Karolinska Universitetssjukhuset,
Solna.

Annika Asplund, apotekare, Läkemedelsinformationscentralen (LIC) Karolinska
Universitetssjukhuset, Huddinge.

Projektledare

Kristin Svensson, Universitetsbarnmorska spec.amning, dr, med. vet. Karolinska
Universitetssjukhuset, Solna.

Processledare

Urszula Arpholm Felix, processledare, Hälso- och sjukvårdförvaltningen, enheten
Vårdgivarstöd.

Informationsspecialist

Christina Lindberg, informationsspecialist, Södersjukhuset.

Målgrupp

All personal i hela vårdkedjan; mödrahälsovård (MHV), förlossning, eftervård (BB),
neonatalvård, barnkliniker, barnhälsovård (BHV), gynekologisk avdelning,
akutmottagning och vårdcentral (VC).

Syfte

- Att sprida och öka kunskapen om amning, eftersträva samstämmiga råd och ett professionellt förhållningssätt, kvalitetssäkra omvårdnadsåtgärder och medicinsk behandling vid bröstkomplikationer och amningsproblem.
- Att vårdgivarna i SLL använder det regionla vårdprogram och har en gemensam strategi för hur kvinnor med amningsproblem/bröstkomplikationer tas om hand.
- Att minska inadekvata omvårdnadsåtgärder och medicinsk överbehandling med antibiotika.
- Att ge kvinnan/föräldrarna ett professionellt bemötande och omhändertagande så att de blir delaktiga och själva genom kunskap kan förebygga ytterligare bröstkomplikationer och att tilliten stärks till den egna och barnets förmåga till fortsatt amning.

Tack till

Alla tidigare medarbetare.

Till er som har läst och kommenterat delar av eller hela vårdprogrammet:

Linda Kvist, barnmorska docent

Mia Westlund, barnmorska IBCLC

Elisabeth Franklin, barnmorska IBCLC

Karin Brunmark, barnmorska IBCLC

Till alla mammor som har läst och lämnat värdefulla synpunkter.

Referenser

1. Amning och föräldrars rökvanor: barn födda 2012. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014 [läst okt 2015].
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-9-37>.
2. Amningscentrum. Patientenkät 2013 [opublicerat material]. Stockholm: Karolinska Universitetssjukhuset.
3. Odom EC, Li R, Scanlon KS, Perrine CG, Grummer-Strawn L. Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. *Pediatrics*. 2013;131(3):e726-32.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23420922>
4. Infant Feeding Survey - UK, 2010 [NS]. Leeds, UK: Health & Social Care Information Centre (HSCIC); 2012 [läst okt 2015].
<http://tinyurl.com/nlyxxy2>
5. Chantry CJ, Dewey KG, Peerson JM, Wagner EA, Nommsen-Rivers LA. In-hospital formula use increases early breastfeeding cessation among first-time mothers intending to exclusively breastfeed. *J Pediatr*. 2014;164(6):1339-45 e5.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24529621>
6. Dietrich Leurer M, Misskey E. "Be positive as well as realistic": a qualitative description analysis of information gaps experienced by breastfeeding mothers. *Int Breastfeed J*. 2015;10:10.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25788970>
7. Tio steg som främjar amning: baserat på WHO:s Ten steps to successful breastfeeding Stockholm: Socialstyrelsen; 2014 [läst okt 2015].
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19565/2014-10-27.pdf>.
8. Widstrom AM, Lilja G, Aaltomaa-Michalias P, Dahllöf A, Lintula M, Nissen E. Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatr*. 2011;100(1):79-85.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20712833>
9. Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services Geneva: World Health Organization (WHO), UNICEF; 1989.
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39679/1/9241561300.pdf?ua=1&ua=1>
10. Parker LA, Sullivan S, Krueger C, Mueller M. Association of timing of initiation of breastmilk expression on milk volume and timing of lactogenesis stage II among mothers of very low-birth-weight infants. *Breastfeed Med*. 2015;10(2):84-91.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25659030>
11. Hanson LA. Immunobiology of human milk : how breastfeeding protects babies. Amarillo, Texas: Pharmasoft Pub.; 2004.
12. American Academy of Pediatrics Section of Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk: policy statement. *Pediatrics*. 2012;129(3):e827-41.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22371471>
13. Dias CC, Figueiredo B. Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *J Affect Disord*. 2015;171:142-54.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25305429>
14. Figueiredo B, Canario C, Field T. Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychol Med*. 2014;44(5):927-36.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23822932>
15. Renfrew MJ, Pokhrel S, Quigley M, McCormick F, Fox-Rushby J, Dodds R, et al. Preventing disease and saving resources: the potential contribution of increasing breastfeeding rates in the UK. United Kingdom: UNICEF UK; 2012.
http://www.unicef.org.uk/Documents/Baby_Friendly/Research/Preventing_disease_saving_resources.pdf
16. Svensson K. Practices that facilitate or hinder breastfeeding [doktorsavhandling]. Stockholm: Karolinska institutet; 2011.
<http://hdl.handle.net/10616/40513>.
17. Amning. Stockholm: Socialstyrelsen; [läst okt 2015]. <http://www.socialstyrelsen.se/barnochfamilj/barnshalsa/amning>.
18. Zwedberg S. Ville amma!: en hermeneutisk studie av mödrar med amningsbesvär: deras upplevelser, problemhantering samt amningskonsultativa möten [doktorsavhandling]. Stockholm: Stockholms universitet; 2010.
<http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:su:diva-38122>.

19. Palmér L. Amning och existens: moderskap, sårbarhet och ömsesidigt beroende vid inledande amning [doktorsavhandling]. Växjö: Linnéuniversitetet; 2015 [läst okt 2015]. <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:lnu:diva-42986>.
20. Ekström A. Amning och vårdkvalitet = Breastfeeding and quality of care [doktorsavhandling] Stockholm,: Karolinska Institutet; 2005. <https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/37869/thesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
21. Nationella indikatorer för God vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009 [läst okt 2015]. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/nationellaindikatorerforgodvard>.
22. SFS 2014:821. Patientlag. Stockholm: Socialdepartementet. <http://tinyurl.com/qbyw9us>
23. Barnkonventionen: FN:s konvention om barnets rättigheter. Stockholm: UNICEF Sverige; 2009. <https://unicef.se/rapporter-och-publikationer/barnkonventionen>
24. Thyer BA. What is evidence-based practice? In: Roberts AR, Yeager KR, editors. Foundations of evidence-based social work practice. Oxford: Oxford University Press; 2006.
25. Om evidensbaserad praktik Stockholm: Socialstyrelsen; 2012 [läst okt 2015]. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-12-20>.
26. Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Physicians' and patients' choices in evidence based practice. BMJ. 2002;324(7350):1350. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12052789>
27. Lancet Series on *Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect* och *Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices in less than a generation*. <http://www.thelancet.com/series/breastfeeding>

Behandling av komplikationer i bröstvårta och bröst

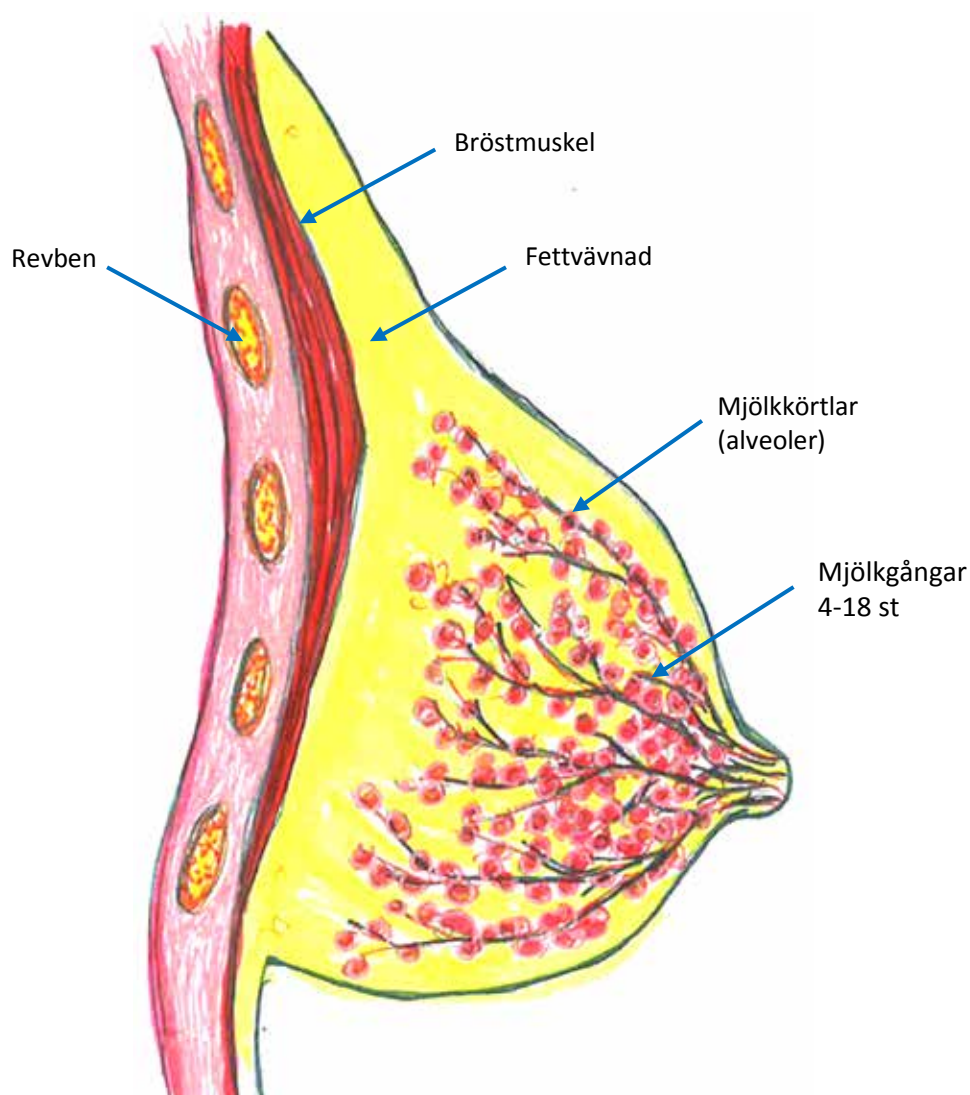


Bild: Kerstin Lindahl

Bilden beskriver bröstets anatomi vid Laktogenes III. Fysiologin beskrivs enligt följande; när barnet suger på bröstet går det nervimpulser till hypofysen som utsöndrar hormoner oxytocin och prolaktin. **Oxytocinet** drar samman muskellagren runt mjölkkörtlarna och pressar ut mjölken. **Prolaktinet** är det mjölkbildande hormonet som ökar som mest när mjölmängden är som lägst i mjölkkörtlarna.

Mjolkstas (Lymfangitis mammae)

ICD-kod O91.2

Bakgrund

Mjolkstas/engorgement är ett fysiologiskt normalt tillstånd som uppstår hos en del kvinnor när mjölken etableras (lactogenesis II). Orsakerna är ökad vävnadsvätska, ökad lymfvätska och en ökad blodvolym i bröstet. Tillståndet kan ge generellt spända bröst samt lättförhöjd kroppstemperatur, vanligast uppstår detta 3–4 dygn efter förlossningen, men kan uppstå tidigare hos omfödskor pga fler prolaktinreceptorer [1]. Detta tillstånd kan även uppstå senare vid t ex ändrat amningsmönster eller vid nedläggning av amning. Tillståndet bör inte förväxlas med mastit.

Förekomst

Frekvensen av kvinnor med mjolkstas/engorgement varierar mellan 20–85 %. Förekommer i mindre utsträckning och mindre uttalat när barnet för amma efter behov jämfört med reglerad amning.

Riskfaktorer

- Försenad amningsstart
- Reglerad amning
- Intravenös väsketillförsel under förlossning [2]
- Bröstimplantat
- Sorg/trauma

Undersökning/utredning

Symtom/status

Ett eller flera symtom kan förekomma

- Spända bröst (oftat generellt på båda bröstet)
- Ömma bröst
- Lätt förhöjd kroppstemperatur
- Lätt nedstämdhet
- Ödem i bröst och vartgård
- Svullna körtlar i armhålorna

Differentialdiagnoser

Under puerperiet

- Endometrit
- Djup ventrombos/lungemboli
- Urinvägsinfektion
- Övre luftvägsinfektion
- Viros
- Mastit

Handläggning och omvårdnad

Normalisera och avdramatisera tillståndet och framhåll det positiva med att mjölken etableras, ”rinner till”.

- Uppmuntra till hud-mot-hudkontakt med barnet
- Uppmuntra mamman att amma ofta/efter barnets behov

Vid uttalade svåra besvär som mjölkretention kan något av följande lindra:

- Om barnet har svårt att få tag om bröstet pga spändheten, pröva mjuka upp runt det spända med handurmjolkning eller Cottermans handgrepp [3], *se ordlistan*
- Smärtlindra vid behov och ge förslag efter mammans önskemål
 - Lokal kyla korta stunder kan vara skönt och kan göra att ödemet sväller av
 - Lätt beröring på bröstet, t ex dusch
 - Erbjud akupunktur [4], *se ordlistan*

Läkemedel

Förstahandspreparat vid smärta

T. Ibuprofen 200–400 mg 1 x 4, dock högst 1200 mg/dygn, engångsdoser över 400 mg ger ingen ytterligare analgetisk effekt. Ges med fördel i kombination med T. Paracetamol 1 g x 4 maxdos 4000 mg/dygn, jämt fördelat över dygnet om ytterligare smärtlindring behövs.

Vid överkänslighet mot acetylsalicylsyra ges endast T. Paracetamol.

Prognos

Tillståndet klingar av hos de flesta efter 1–2 dygn.

Aktuellt kunskapsläge

Varma eller kalla vitkålsblad som omslag på bröstet för att lindra mjölkstas förekommer i rådgivning på olika håll men är omdiskuterat. Några studier har gjorts med behandling av kalla vitkålsblad på bröstet i samband med mjölkstas. Resultaten visar på positiva effekter med minskad upplevelse av smärta, ökat välbefinnande samt att amningstidens längd påverkas positivt [5–7]. Studierna hade få deltagare och kan därför inte ge tillräcklig evidens. Lätt beröring kan däremot rekommenderas då det frisätter oxytocin vilket ökar välbefinnandet samt ökar cirkulationen i bröstet [8]. Massage bör undvikas då det finns risk att kvinnan tar i för hårt och kan istället leda till ökade besvär.

Referenser

1. Bystrova K, Widstrom AM, Matthiesen AS, Ransjo-Arvidson AB, Welles-Nystrom B, Vorontsov I, et al. Early lactation performance in primiparous and multiparous women in relation to different maternity home practices. A randomised trial in St. Petersburg. *Int Breastfeed J.* 2007;2:9.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17488524>
2. Kujawa-Myles S, Noel-Weiss J, Dunn S, Peterson WE, Cotterman KJ. Maternal intravenous fluids and postpartum breast changes: a pilot observational study. *Int Breastfeed J.* 2015;10:18.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26113871>
3. Cotterman KJ. Reverse pressure softening: a simple tool to prepare areola for easier latching during engorgement. *J Hum Lact.* 2004;20(2):227-37.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15117523>
4. Mangesi L, Dowswell T. Treatments for breast engorgement during lactation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010(9):CD006946.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20824853>
5. Roberts KL. A comparison of chilled cabbage leaves and chilled gelpaks in reducing breast engorgement. *J Hum Lact.* 1995;11(1):17-20.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7718101>
6. Roberts KL, Reiter M, Schuster D. A comparison of chilled and room temperature cabbage leaves in treating breast engorgement. *J Hum Lact.* 1995;11(3):191-4.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7669238>
7. Arora S, Vatsa M, Dadhwal V. Cabbage leaves vs hot and cold compresses in the treatment of breast engorgement. *Nurs J India.* 2009;100(3):52-4.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19588654>
8. Uvnäs Moberg K. Lugn och beröring: oxytocinets läkande verkan i kroppen. Stockholm: Natur och kultur; 2000.

Sår/fissur på bröstvårta

ICD-kod O92.1

Bakgrund

I början av amningsperioden uppstår ofta ett normalt slitage på bröstvårtan som kan visa sig som rodnad, känsla av ömhet och sugblåsor. Om sår utvecklas utbreder det sig oftast i djupare vävnad och om bakomliggande orsak inte åtgärdas kan sårhäkning försvåras samt ge ökad risk för infektion.



Foto Kerstin Lindahl och Elisabeth Granberg

Förekomst

Sår på bröstvårtan är vanligt förekommande i samband med amningsstarten. Förekomsten varierar mellan 30–85 %.

Riskfaktorer

- För litet tag om bröstet
- Barnet ligger för långt ifrån bröstet och/eller för långt åt någon sida
- Smärta vid amning
- Inverterade/indragna bröstvårtor
- Överväxt av bakterier eller svamp
- Barn med kort tungband/läppband
- Eksem i anamnesen

- Felaktig användning av amningshjälpmedel; pump/amningsnapp/vårtluftare/mjölkuppsamlare, *se amningshjälpmedel*
- Nedsatt hälsotillstånd hos barnet och/eller mamman [1, 2]

Undersökning/utredning

Anamnes

Se Förhållningssätt vid anamnesupptagning i fördjupningsdelen

- Uppkommit initialt i amningsstarten eller uppstått senare under amningsperioden?
- Duration, hur länge har såret funnits? Utveckling mot det bättre/sämre?
- Omfattning/position; typ av sår: sårrand, krater, spricka, blödande, torrt/smetig och/i olika grad av läkning
- Utvärdera amningen med ett Amningsstatus: Barnets tag om bröstet, mammans upplevelse, barnets sugkraft, sugmönster och bröstvårtans form efter amning vid behov föreslå amningsobservation, *se vidare Amningsstatus och amningsobservation i fördjupningsdelen*
- Smärtskattning; i början, under och efter amningen och mellan amningar
- Smärtekaraktär, *se ordlistan*

Symtom

- Smärta
- Klämd och/eller snedsugen bröstvårta
- Vävnadsskada på bröstvårtan

Lab

Överväg att odla bakterier samt MRSA om svårläkta sår >1 vecka utan förbättring

Odlingsteknik

Se odlingsteknik i fördjupningsdelen

Differentialdiagnoser

- Eksem/allergi/psoriasis, *se eget avsnitt*
- Svampinfektion, Candida, *se eget avsnitt*
- Plugged duct som white spot/milk blister, *se eget avsnitt*
- Erysipelas (streptokocker)
- Herpes zoster
- Pagets sjukdom -malignitet (mycket ovanligt)

Handläggning och omvårdnad

- Gör en bedömning av amningssituationen med hjälp av amningsstatus och vid behov en amningsobservation i samråd med mamman/ föräldrarna för att utesluta riskfaktorer i amningssituationen, *se fördjupningsdelen*
- Ge stöd till en eventuell förändring av barnets läge och sugtag, uppmuntra vid behov att lägga barnet hud-mot-hud för att stimulera barnets amningsbeteende för att få barnet att gapa stort

- Smärtskatta med hjälp av smärtskala, *se ordlista*
- Oralmotorisk bedömning av barnet, *se fördjupningsdelen*
- Sårets placering dokumenteras med hjälp av ”klockmodellen”. Ta gärna foto för att följa läkningsprocessen vid större och svårläkta sår
- Observera bröstvårtans utseende och färg efter amning. Klämd bröstvårta kan vara tecken på för litet sugtag, snedsugen bröstvårta tecken på att barnet legat för långt åt det håll bröstvårtan pekar åt och en vitnande eller blålila vårta kan vara tecken på cirkulationsrubbing
- Avlasta såren mot friktion, *se amningshjälpmedel i fördjupningsdelen*
- Låt bröstmjölken torka in och lufta efter amningen
- Uppmärksamma om betydelsen av god handhygien
- Vid upplevelse av stark smärta diskutera alternativ för att lindra smärtan. Bedöm behovet av smärtlindring, amningshjälpmedel som avlastar smärtan så som handurmjolkning, pump och amningsnapp
- Påtala att mat, dryck och vila är viktigt för läkningen och välbefinnandet
- Utvärdera stödet från partner, närstående och vårdpersonal
- Informera om att det är vanligt att känna sig nedstämd i samband med sår och smärta vid amning men att det går över när bröstet känns bättre

Läkemedel

Förstahandspreparat vid smärta

T. Ibuprofen 200–400 mg 1 x 4, dock högst 1200 mg/dygn. Ges med fördel i kombination med T Paracetamol 1 g x 4 maxdos 4000 mg/dygn, jämt fördelat över dygnet om ytterligare smärtlindring behövs.

Vid överkänslighet mot acetylsalicylsyra ges endast T Paracetamol.

Lokal behandling om såret inte förbättras efter 1 vecka trots omvårdnadsåtgärder

Salva Microcid 1x3 i 5 dagar, aktuellt både vid stafylokokk och streptokokk infektion

Om lokal behandling inte hjälper

T. Flukloxacillin 1 g x 3 i 10 dagar ges under de första 8 veckorna postpartum, därefter ges 750 mg 1 x 2 i 10 dagar.

Tredos-regim för pc-preparat rekommenderas under graviditet och amning. Dosen är under de första 8 veckorna något högre på grund av att plasmavolymen och den glomerulära filtrationen ökar under graviditeten, och den glomerulära filtrationen förblir ökad efter förlossningen. Serumnivåerna av läkemedel blir då otillräckliga för terapeutisk effekt [3]. Mammans vikt och längd inverkar också på behovet av på läkemedelsdosen [4].

Vid överkänslighet alt. MRSA

Välj alternativt läkemedel T. Klindamycin 300 mg 1x3 i 10 dagar.

Vid svampinfektion

Se avsnitt Candida

Generellt vid lokal läkemedelsbehandling

28 Vid lokal behandling informera mamman om god handhygien och att smörja med ett tunt lager av ordinärad salva direkt efter amning samt torka av bröstet med bröstmjölk före nästa amning då smak och lukt av läkemedel ibland kan försämra barnets tag om bröstet.

Uppföljning

Viktigt med uppföljning och utvärdering av sårhäkning samt smärtutveckling och fortsatt handläggning. Ta gärna foto för utvärdering och uppföljning.

Aktuellt kunskapsläge

När det gäller behandling av såriga bröstvårtor finns många salvor och förbandsmaterial på marknaden. AMSAK kan inte rekommendera några enskilda produkter eftersom evidens saknas [5–6]. I en Cochrane review fann man inga skäl att rekommendera glyceringel eller lanolinsalva [6]. Enligt AMSAK kan bröstmjölk vara lika bra eller bättre än salvor på kort sikt. Finns få studier inom området [7].

Det finns flera faktorer som gynnar sårhäkning:

- Avlastning
- God hygien
- Jämn temperatur
- Bevarad särfuktighet

Det är svårt att uppnå dessa idealiska läkningsförhållanden vid såriga bröstvårtor. Vid smärtsamma och svårhelade sår då huden är torr rekommenderas bröstmjölk. Mjukgörande kräm kan upplevas lindrande. Olika förbandsmaterial för andra typer av sår finns att tillgå, det är tänkbart att även dessa skulle kunna fungera väl för såriga bröstvårtor, men ej verifierat i vetenskapliga studier.

Försiktighet rekommenderas vid användandet av kräm och salva eftersom doft, smak och tillsatser från kräm och salva kan påverka barnet. Detta är särskilt viktigt att tänka på om barnet har svårigheter att amma.

Referenser

1. Amir LH, Donath SM, Garland SM, Tabrizi SN, Bennett CM, Cullinane M, et al. Does Candida and/or Staphylococcus play a role in nipple and breast pain in lactation? A cohort study in Melbourne, Australia. *BMJ Open*. 2013;3(3).
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23474794>
2. Heller MM, Fullerton-Stone H, Murase JE. Caring for new mothers: diagnosis, management and treatment of nipple dermatitis in breastfeeding mothers. *Int J Dermatol*. 2012;51(10):1149-61. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22994661>
3. Tracy TS, Venkataramanan R, Glover DD, Caritis SN, National Institute for Child H, Human Development Network of Maternal-Fetal-Medicine U. Temporal changes in drug metabolism (CYP1A2, CYP2D6 and CYP3A Activity) during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192(2):633-9.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15696014>
4. Lakehal F, Dansette PM, Becquemont L, Lasnier E, Delelo R, Ballardur P, et al. Indirect cytotoxicity of flucloxacillin toward human biliary epithelium via metabolite formation in hepatocytes. *Chem Res Toxicol*. 2001;14(6):694-701.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11409940>
5. Vieira F, Bachion MM, Mota DD, Munari DB. A systematic review of the interventions for nipple trauma in breastfeeding mothers. *J Nurs Scholarsh*. 2013;45(2):116-25. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23452043>
6. Dennis CL, Jackson K, Watson J. Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;12:CD007366.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25506813>
7. Buck ML, Amir LH, Cullinane M, Donath SM. Nipple pain, damage, and vasospasm in the first 8 weeks postpartum. *Breastfeed Med*. 2014;9(2):56-62.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24380583>

Mastodyni/Smärtor i bröstet

ICD-kod N644

Bakgrund

Smärtupplevelsen är individuell och mycket komplex. När en kvinna har ont vid amning är det viktigt att smärtan tas på allvar oavsett orsak. Målet är att bryta smärtan. Ett gott bemötande kan hjälpa till att lindra smärtupplevelsen. En vanlig orsak till smärta i bröstet vid amning är att barnet inte tar tillräckligt stort tag om bröstet eller att barnet ligger för långt ifrån bröstet, för högt, för lågt och/eller för långt åt sidan. Om smärtan i bröstet inte åtgärdas kan detta leda till att mamman undviker att amma sitt barn för rädslan över smärta. Smärtan kan leda till komplikationer, såsom sår, störd utdrivningsreflex och/eller mastit.

Smärta i bröstet under och efter amning kan även ha andra orsaker än amningstekniska, *se riskfaktorer*.

Ibland förekommer smärta utan att man kan finna någon orsak. Ibland orsakas smärtan av muskelosketala förändringar, muskelspänningar eller låsningar mellan revbenen och kotkroppen som kan ge smärtor i bröstet som strålar bak mot ryggen [1]. Smärtan kan också vara av psykogen natur och kan bero på tidigare komplicerad smärtsam amning, andra traumatiska upplevelser, annan smärtproblematik eller tidigare övergrepp.

Förekomst

Uppgifter om förekomst av smärtor i bröst/bröstvårtor saknas i litteraturen men är en av de vanligaste kontaktorsakerna på Amningsmottagningarna i SLL.

Riskfaktorer

- För litet tag om bröstet, barnet ligger för långt ifrån bröstet och/eller för långt åt någon sida
- Eksem i anamnesen
- Inverterade bröstvårtor
- Barn med kort tungband/läppband, högt gomvalv
- Högt vacuum tryck vid amning
- Avvikande sugmönster
- Växt av bakterier eller svamp
- Raynaud´s fenomen/ white spot/plugged ducts/milkblister, *se egna avsnitt*
- Felaktig användning av amningshjälpmedel; amningsnapp/elpump/bröstvårdsskydd/mjölkuopsamlare
- Nedsatt hälsotillstånd hos kvinnan stress/psykogena faktorer [1–3]
- Komplicerade förlossningar [4]
- Barn med (oupptäckt) nedsatt hälsotillstånd
- Barn med icterus

Undersökning/utredning

Anamnes

Se Förhållningssätt vid anamnesupptagning i fördjupningsdelen

- Sår på bröstvårtan, spricka, krater, torra, smetiga blödande, placering, beskrivning enligt klockan
- När kom såret, initialt i amningsstarten eller senare under amningsperioden
- Smärtduration, utveckling mot bättre/sämre?
- Utvärdera amningsstatus; tag, upplevelse, sugkraft, sugmönster, bröstvårtans form efter amning, *se vidare i fördjupningsdelen*
- Smärtans karaktär samt smärtskattning under amning och efter amning
- Barnets oralmotoriska status
- Knölar, svullnader, rodnad och värmeökning
- Tidigare bröstoperation
- Mammans allmäntillstånd, feber, sömn, vila och näringsintag
- Tidigare smärtproblematik
- Får barnet annan föda förutom bröstmjolk
- Används amningshjälpmedel

Symtom

Ett eller flera symptom kan förekomma samtidigt

- Klämd och/eller snedsugen bröstvårta relaterat till barnets läge vid bröstet
- Ihållande smärta under hela amningstillfället
- Smärta efter/mellan amning
- Djup vävnadssmärta – skärande, brännande, strålande, stickande och/eller kliande
- Ytlig smärta på bröstvårta/vårtgård- skärande, brännande, strålande, svidande och/eller kliande
- Uppluckrad, svullen, ilsket röd/rosa och/eller irriterad bröstvårta
- Svullen glansig, fjällande, sårig och/eller vätskande vårtgård
- Vit prick/ prickar ses, white spot eller milkblister
- Färgskiftningar på bröstvårta vitnar/blånar, ”white nipple syndrom och Raynaud’s fenomen, *se separat avsnitt*
- Smärtor i ryggen och/eller strålande ut mot ryggen
- Nedstämdhet

Lab

Vid smärtande svårläkta sår, även vid mastit som kräver inläggning, recidiv av mastit, oklar smärtorsak och vid misstanke om infektion, överväg att odla för bakterier, svamp och MRSA, *se Odlingsteknik i fördjupningsdelen*.

Differentialdiagnoser

- White spot, *se separat avsnitt*
- Raynaud’s fenomen, *se separat avsnitt*
- Muskuloskeletala besvär

- Psykogena faktorer
- Idiopatisk smärta, *se ordlistan*
- Svampinfektion/bakterieinfektion
- Bältros- varicella zoster (virus)
- Malignitet (ovanligt)

Handläggning och omvårdnad

- Gör en bedömning av amningssituationen med hjälp av amningsstatus och vid behov en amningsobservation i samråd med mamman/föräldrarna för att utesluta riskfaktorer i amningssituationen. Ge stöd till en eventuell förändring av barnets läge och sugtag, uppmuntra vid behov att lägga barnet hud-mot- hud för att stimulera barnets amningsbeteende och för att gapa upp stort, *se vidare i fördjupningsdelen*
- Vid amningsobservation uppmärksamma mamman på skillnaden i smärtupplevelse beroende på barnets läge och tag om bröstet, vid behov ge förslag på alternativa amningsställningar
- Observera bröstvårtans utseende och färg efter amning. Klämd bröstvärta kan vara tecken på ett för litet tag, snedsugen bröstvärta tecken på att barnet legat för långt åt det håll bröstvårtan pekar åt och vitnande eller blålila bröstvärta kan vara tecken på cirkulationsrubbing
- Bedömning av barnets oralmotorik, eventuellt åtgärda kort tungband/läppband
- Smärtskatta och diskutera alternativ smärtlindring och eventuellt läkemedel
- Alternativ smärtlindring: värme, beröring, akupunktur
- Bedöm behovet av amningshjälpmedel som eventuellt avlastar smärtan, så som handurmjolkning/handpump/elpump och/eller amningsnapp
- Vid muskelrelaterad smärta remittera till sjukgymnast
- Vid misstanke på Raynaud's fenomen kontakta/remittera till reumatologkonsult
- Vid oförklarlig smärta kontakta/remittera till smärtekonsult
- Påtala att mat, dryck och vila är viktigt för välbefinnandet
- Omvårdnad - värme, lätt beröring

Läkemedel

Förstahandspreparat vid smärta

T. Ibuprofen 200–400 mg 1 x 4, dock högst 1200 mg/dygn. Ges med fördel i kombination med T. Paracetamol 1 g x 4 maxdos 4000 mg/dygn, jämt fördelat över dygnet om ytterligare smärtlindring behövs.

Vid överkänslighet mot acetylsalicylsyra ges endast T. Paracetamol.

Vid misstanke eller diagnostiserad Raynaud's fenomen

Överväg behandling med blodtryckssänkande läkemedel, se avsnitt Raynaud's fenomen.

Vid bakteriell infektion

T. Flukloxacillin 1 g 1 x 3 i 10 dagar ges under de första 8 veckorna postpartum. Därefter ges 750 mg 1 x 2 i 10 dagar.

Tredos-regim för pc preparat rekommenderas oberoende av graviditet eller amning. Dosen är något högre på grund av att den glomerulära filtrationen ökar under graviditeten. Serumnivåerna av läkemedel är då otillräckliga för terapeutisk effekt. Tid för återställande av njurgenomblödning till pregravid nivå kan tydligen variera mellan 4–8 veckor [5]. Vid dosering av läkemedel ska hänsyn tas till mammans längd och vikt. [6].

Vid överkänslighet alt. MRSA

Välj alternativt läkemedel T. Klindamycin 300 mg 1x3 i 10 dagar.

Vid svampinfektion

Se avsnitt Candida

Prognos

Vanligen finns det goda möjligheter att avhjälpa smärtor i bröstet, men i vissa fall är det svårt att hitta orsaken till smärtan och uppnå smärtfrihet.

Uppföljning

Det är viktigt med uppföljning och stöd då mammor med smärtsam amning ofta överväger att avsluta sin amning trots att de har en önskan om att amma.

Aktuellt kunskapsläge

Ytterligare forskning om orsakerna till smärtor i bröstet och olika behandlingsalternativ är nödvändigt då smärtsam amning ökar risken för att bli nedstämd, få sömnsvårigheter, få infektion samt tidigt avbrytande av amning [7]. Det finns studier som talar för att både värme och kyla kan vara smärtlindrande och det kan därför vara lämpligt att föreslå att mamman får pröva sig fram. TENS är en smärtlindringsmetod som kan användas mot både djup och ytligare smärta. Studier för behandling med TENS på bröst saknas. AMSAK har viss klinisk erfarenhet av TENS men med olika resultat.

Referenser

1. Bileviciute-Ljungar I, Norrefalk JR. Beneficial long-term effects of multiprofessional assessment vs. rehabilitation program in patients with musculoskeletal pain. *Pain Pract.* 2014;14(3):228-36.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23464963>
2. Amir LH, Donath SM, Garland SM, Tabrizi SN, Bennett CM, Cullinane M, et al. Does Candida and/or Staphylococcus play a role in nipple and breast pain in lactation? A cohort study in Melbourne, Australia. *BMJ Open.* 2013;3(3). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23474794>
3. Heller MM, Fullerton-Stone H, Murase JE. Caring for new mothers: diagnosis, management and treatment of nipple dermatitis in breastfeeding mothers. *Int J Dermatol.* 2012;51(10):1149-61.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22994661>
4. Mastitis: causes and management. Geneva: World Health Organization, WHO; 2000 [läst okt 2015].
http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.13.pdf?u
5. Tracy TS, Venkataramanan R, Glover DD, Caritis SN, National Institute for Child H, Human Development Network of Maternal-Fetal-Medicine U. Temporal changes in drug metabolism (CYP1A2, CYP2D6 and CYP3A Activity) during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(2):633-9.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15696014>
6. Lakehal F, Dansette PM, Becquemont L, Lasnier E, Delelo R, Ballardur P, et al. Indirect cytotoxicity of flucloxacillin toward human biliary epithelium via metabolite formation in hepatocytes. *Chem Res Toxicol.* 2001;14(6):694-701.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11409940>
7. McClellan HL, Hepworth AR, Garbin CP, Rowan MK, Deacon J, Hartmann PE, et al. Nipple pain during breastfeeding with or without visible trauma. *J Hum Lact.* 2012;28(4):511-21.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22689707>

Tillstånd relaterat till bröstvårtor och vårtgård

Candida

Plugged duct

White spot

Milk Blister

Eksem

Raynaud´s fenomen

Herpes simplex

Candidainfektion

ICD-kod B37.9

Svampinfektion på bröstvårta och vårtgård



Foto: Eva Kolskog

Bakgrund

Candida albicans finns normalt i slemhinnor och på huden. Vid förändrad miljö i hud och slemhinnor kan svamporganismer förökas och ge besvär. Candida trivs och förökar sig i varma, fuktiga hudområden. Flera studier beskriver Candida på bröstet [1–4]. Candida (torsk) kan även finnas i munnen på barn och kan sprida sig mellan mor och barn vid amning.

Förekomst

Finns inte beskrivet i litteraturen.

Riskfaktorer [5]

- Antibiotikabehandling under förlossningen men även senare
- Tidigare och pågående candida i underlivet
- Tröstnapp inklusive amningsnapp/dinapp
- Atopiskt eksem och andra hudåkommor
- Överväxt av svamp i barnets mun, *se nedan under "symtom hos barnet"*

Undersökning/utredning

Anamnes

Se Förhållningssätt vid anamnesupptagning generellt i fördjupningsdel

- Utvärdera riskfaktorer ovan

Symtom hos mamman

Kliniska bilden kan vara diffus och ospecifik

- Rosa/röd, irriterad och/eller svullen bröstvårta med sprickor i vårtbasen
- Glansig, svullen, vätskande, ilsket röd/rosa och/eller fjällande vårtgård
- Ytlig ihållande smärta på bröstvårta och/eller på vårtgården
- Klåda och brännande känsla på bröstet

- Smärta inne i bröstet - brännande, strålände, skärande, svidande, som strålar bak mot ryggen
- Smärta inne i bröstet under/efter amning och/eller mellan amningstillfällena

Symptom hos barnet

- Synlig svamp/torsk i barnets mun; tjock vit beläggning på tungan, på insidan av läpparna och/eller på insidan av kinderna, *se bild nedan*. Tänk på att barnet kan ha en tunn vit mjölkbeläggning på tungan efter amning som då inte är svamp.

Ett barn med uttalad torsk/svamp på tungan och insidan av kinderna



Foto: Kristin Svensson

Lab

- Odling för svamp på vårtgård, bröstmjolk
- Odlingsteknik för svamp, *se fördjupningsdelen*
- MRSA vid svårläkta sår, *se avsnitt Sår*

Differentialdiagnos

- Amningstekniska, litet tag om bröstet
- Bakteriell infektion
- Eksem, allergi, psoriasis
- Sårig bröstvårta som inte läker, kan vara kombination av eksem, candida och bakterier
- Muskuloskeletala smärtor
- Raynaud´s fenomen
- Idiopatisk smärta

Handläggning och omvårdnad

- Hygienråd
 - god handhygien
 - behå tvättas i 60 grader
 - byt behå dagligen
 - byt behå-inlägg ofta för att hålla rent och torrt, uppmuntra att använda bomullsullinlägg som släpper igenom luft
 - koka napp, amningsnapp, bröstvårtsluftare, mjölkuppsamlare och pumpdelar dagligen i 5 minuter
- Lufttorka bröstet efter amning

- Fortsätt amma om möjligt för mamman
- Avlasta vid behov med urmjölkning på lämpligt sätt, för hand/elump/handpump
- Gör en bedömning av amningssituationen med hjälp av Amningsstatus och vid behov en Amningsobservation i samråd med mamman/föräldrarna för att utesluta riskfaktorer i amningssituationen.

Läkemedel

Förstahandspreparat vid smärta

T. Ibuprofen 200–400 mg 1 x 4, dock högst 1200 mg/dygn, engångsdoser över 400 mg har ej påvisats ge ytterligare analgetisk effekt, viktigt med jämn fördelning över dygnet. Ges med fördel i kombination med T. Paracetamol 1 g x 4 maxdos 4000 mg/dygn, jämt fördelat över dygnet om ytterligare smärtlindring behövs.

Vid överkänslighet mot acetylsalicylsyra ges endast T. Paracetamol.

Behandling av Candida på bröstvärta/vårtgård

Kräm Mikonazol 1 x 2–3 i minst 10 dagar. Smörj in krämen efter amning. Torka av krämen med bröstmjölk innan amning.

Om behandling med Mikonazol inte hjälper

Kräm Mikonazol 20 mg/g med Hydrokortison 1mg/g 1 x 2 i 7 dagar.

Om lokal behandling inte hjälper eller smärtor inne i bröstet tillsammans med synliga symtom på svamp

Övergå till K. Flukonazol 150 mg som engångsdos. Dosen kan upprepas efter 1 vecka. Vid utebliven förbättring kan K. Flukonazol 50–100 mg x 1 ges under 7 dagar. Risken för ett friskt fullgånget barn bedöms vara låg vid en enstaka dos. Vid behov av upprepad dosering bör man vara uppmärksam på biverkningar hos barnet (t ex gastrointestinala biverkningar).

Rekommendationerna gäller endast för mammor med friska barn födda efter vecka 38, i övriga fall samråd med barnläkare.

Behandling av barnet - vid synlig överväxt av torsk i munnen och om mamma har symtom på eller i bröstet

Vid uttalad torsk i barnets mun, pensla med Mixtur Nystatin 100 000 iu/ml 1 ml x 4/dygn i 2–6 veckor. För att förhindra recidiv bör behandlingen fortsätta 1 vecka efter att symtomen har upphört.

Viktigt att mor och barn behandlas samtidigt om båda har symtom.

- Om positiv Candidaodling och kvinnan är symtomfri, ingen behandling!
- Om negativ Candidaodling och kvinnan har symtom, fortsatt utred och behandla!
- Vid utebliven effekt av behandling kontakta hudläkare

Generellt vid lokal läkemedelsbehandling

Vid lokal behandling informera mamman om att smörja på ett tunt lager direkt efter amning samt torka av bröstet med bröstmjölk före nästa amning, då smak och lukt ibland kan försämra barnets tag om bröstet.

Uppföljning

Det är viktigt med uppföljning och utvärdering av behandlingen då mammor med smärtsam amning som inte får stöd, ofta överväger att avsluta amningen trots att de har en önskan om att amma.

Aktuellt kunskapsläge

Som fördjupningslitteratur till hela detta avsnitt inklusive Raynaud´s fenomen, eksem och herpes simplex virus läs vidare i referenserna 6 och 7.

I USA och Canada är det vanligt att betydligt högre doser av K Flukonazol ges än vad som sker i Sverige.

Risken för påverkan av ett friskt fullgånget barn bedöms vara liten vid enstaka dos av K. Flukozanol. Ammande barn till kvinnor som behandlades med K Flukonazol 150 mg varannan dag, upp till 29 kapslar uppvisade biverkningar som kindrodnad, gastrointestinala biverkningar som lösa avföringar [4].

Studier saknas för huskurer som Vichy vatten, bikarbonat, lingonsylt, tranbär, grapefruit.

Senare studier har visat att laktobaciller och probiotika kan ha en läkande effekt på svampinfektion [8–10]. En äldre studie har visat positiv effekt av minskat sockerintag hos kvinnor med vaginalsvamp [11].

Referenser

1. Hale TW, Bateman TL, Finkelman MA, Berens PD. The absence of *Candida albicans* in milk samples of women with clinical symptoms of ductal candidiasis. *Breastfeed Med*. 2009;4(2):57-61.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19500049>
2. Francis-Morrill J, Heinig MJ, Pappagianis D, Dewey KG. Diagnostic value of signs and symptoms of mammary candidosis among lactating women. *J Hum Lact*. 2004;20(3):288-95; quiz 96-9.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15296582>
3. Amir LH, Donath SM, Garland SM, Tabrizi SN, Bennett CM, Cullinane M, et al. Does *Candida* and/or *Staphylococcus* play a role in nipple and breast pain in lactation? A cohort study in Melbourne, Australia. *BMJ Open*. 2013;3(3).
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23474794>
4. Betzold CM. Results of microbial testing exploring the etiology of deep breast pain during lactation: a systematic review and meta-analysis of nonrandomized trials. *J Midwifery Womens Health*. 2012;57(4):353-64.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22758357>
5. Morrill JF, Heinig MJ, Pappagianis D, Dewey KG. Risk factors for mammary candidosis among lactating women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2005;34(1):37-45.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15673644>
6. Barrett ME, Heller MM, Fullerton Stone H, Murase JE. Dermatoses of the breast in lactation. *Dermatol Ther*. 2013;26(4):331-6.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23914890>
7. Heller MM, Fullerton-Stone H, Murase JE. Caring for new mothers: diagnosis, management and treatment of nipple dermatitis in breastfeeding mothers. *Int J Dermatol*. 2012;51(10):1149-61.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22994661>
8. Vestman NR, Timby N, Holgerson PL, Kressirer CA, Claesson R, Domellof M, et al. Characterization and in vitro properties of oral lactobacilli in breastfed infants. *BMC Microbiol*. 2013;13:193.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23945215>
9. Kumar S, Singhi S. Role of probiotics in prevention of *Candida* colonization and invasive candidiasis. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2015:1-2.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25703631>
10. Maldonado-Lobon JA, Diaz-Lopez MA, Carputo R, Duarte P, Diaz-Ropero MP, Valero AD, et al. *Lactobacillus fermentum* CECT 5716 Reduces *Staphylococcus* Load in the Breastmilk of Lactating Mothers Suffering Breast Pain: A Randomized Controlled Trial. *Breastfeed Med*. 2015.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26352805>
11. Horowitz BJ, Edelstein SW, Lippman L. Sugar chromatography studies in recurrent *Candida* vulvovaginitis. *J Reprod Med*. 1984;29(7):441-3.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6481700>

Plugged/ blocked duct

ICD-kod O92.2



Foto: Gunilla Holland

White spot, corpora mylacea

ICD-kod O92.2



Foto: Virpi Saastamoinen

Milk Blister

ICD-kod O92.2

Mjölkbåsa som pluggat
igen mjölkgång



Foto: Britt-Inger Malmberg

Mjölk som klibbat ihop sig



Mamman beskrev att det fanns små vita prickar i mjölken som såg ut som koagulerad äggvita. Mycket ovanligt att det är så här mycket.

Foto: Amningscentrum, Karolinska UI bj YfglMgg1 _ \i gH

Bakgrund

En mjölkgång kan pluggas igen/blockeras av en white spot eller mjölkbåsa. Symtomen är ofta smärta, mjölkstas och/eller mastit samt ofta upprepade mastiter. Det är inte lätt att sätta en korrekt diagnos då tillstånden lätt förväxlas, de kan likna varandra och symtombilden är ofta densamma. Det finns få studier om dessa tillstånd men omnämns ofta i litteraturen som ett smärtsamt tillstånd och en riskfaktor för mastit [1].

White spot kan vara alltifrån hårda som mjuka kristaller som täpper till mjölkgången. Detta nämns i litteraturen som att kasein, kalciumfosfat och salt bildar kristallerna och täpper till mjölkgången [2]. En mjölkbåsa kännetecknas mer som en blåsa med ett omslutande hudlager som kan hindra passage av bröstmjölk. Blåsan kan också vara blodfylld. Tillstånden uppträder sällan tidigare än tio dagar post partum.

Ett annat tillstånd är att mjölken blir tjock, klabbig och trådig, *se bild* (oftast inte så uttalat som på bilden), detta kan man se då mammor mjölkar ur bröstet, ett tillstånd som kan liknas vid att mjölken ystar sig "ost i mjölken". Även för detta tillstånd

finns väldigt lite beskrivet, men det kan vara en riskfaktor för mastit då även detta kan täppa till mjölkgången/mjölkgångarna.

Förekomst

Ej känt, men ett relativt vanligt tillstånd hos mammor som söker till Amningsmottagningarna.

Tänkbara riskfaktorer

- Överproduktion av bröstmjölk /”høgt tryck” i bröstet
- Lokalt tryck i bröstet i samband med amning
- Skada på bröstvårtan
 - för litet tag om bröstet (barnet ligger för långt ifrån bröstet och/eller för långt åt någon sida)
- Tungbandsproblematik hos barnet
- Nedtrappning av amningsfrekvens

Undersökning/utredning

Anamnes

Se Förhållningssätt vid anamnesupptagning generellt i fördjupningsdelen

- Utvärdera riskfaktorer ovan

Symtom

- White spot på vårtan (stor som ett knappnålshuvud) hård eller något mjukare konsistens oftast bara på ena bröstet, synlig direkt efter amning eller försvinner in i mjölkgången efter amning
- Smärta, sveda eller stickande känsla i bröstet under och/eller efter amning
- Ofta klämd bröstvårta relaterat till läge vid bröstet
- Lokal inflammation/stas/eller mastit kan uppstå i den del av bröstet som omfattar en tilltäppning av mjölkgången/mjölkgångarna
- Tjock och/eller trådig mjölk

Handläggning och omvårdnad

Finns ingen entydig behandling beskriven, men många väl beprövade metoder kan lindra symptomen.

- Ljummen olja på bomullstuss - vårtan behandlas några minuter innan amning/urmjölkning (ofta kan barnet suga bort ”pricken” och problemet är löst)
- Om tydlig vit prick som inte försvinner trots ovan åtgärder, pröva att skrapa på ytan med steril nål för att möjliggöra mjölkflödet [3]
- Observera att inte kläder/behå trycker ogynnsamt på bröstvävnad
- Uppmuntra till fortsatt amning och föreslå möjlig lindring enligt nedan:
 - värme på bröstet innan amning
 - börja om möjligt amma på det drabbade bröstet
 - variera barnets läge vid bröstet
- Vid behov gör en bedömning av amningssituationen med hjälp av Amningsstatus och vid behov en Amningsobservation i samråd med mamman/föräldrarna för att utesluta riskfaktorer i amningssituationen. Ge stöd till en eventuell förändring av

barnets läge och sugtag, uppmuntra vid behov att lägga barnet hud-mot- hud för att stimulera barnets amningsbeteende och för att gapa upp stort, *se vidare i fördjupningsdelen*

- Föreslå urmjölkning om barnet inte suger eller om amningen är för smärtsam

Aktuellt kunskapsläge

En vanlig rekommendation är att använda kosttillskottet Lecitin. Lecitin finns i livsmedel, naturligt i kroppen och i sojabaserade växtoljor som används som emulgeringsämnen. Lecitin minskar viskositeten (klibbighet) i mjölken, och kan förhindra pluggar i mjölkgångarna. Den rekommenderade dosen i litteraturen är 1200 mg 1–2 gånger per dag.

Se Blocked ducts: Canadian Breastfeeding Foundation;

2009 http://www.canadianbreastfeedingfoundation.org/basics/blocked_ducts.shtml.

Milk bleb: Canadian Breastfeeding Foundation;

2009 http://www.canadianbreastfeedingfoundation.org/basics/milk_bleb.shtml.

Metoden beskrivs som säker och att den kan fungera i vissa fall. Finns inga publicerade studier över Lecitin och amning. Kosttillskott är svårt att utvärdera då det kan vara oklart vad de egentligen innehåller [4]. Dessutom kan det vara bra att känna till att många gravida och ammande kvinnor äter kosttillskott, ibland mer än tio preparat enligt ett föredrag vid SLS 35:e Svenska Perinatalmötet oktober 2015.

AMSAK har varierande erfarenheter av huruvida Lecitin hjälper eller inte och ingen systematisk utvärdering har gjorts på Amningsmottagningarna.

Referenser

1. Campbell SH. Recurrent plugged ducts. *J Hum Lact.* 2006;22(3):340-3. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16885495>
2. Henschel D, Inch S. *Breastfeeding: a guide for midwives.* Hale: Books for Midwives; 1996.
3. Day J. Report of Australian Breastfeeding Association White Spot Study. *LRC Topics in breastfeeding.* 2001(Set 13):1-10.
4. Kosttillskott analyserade vid Läke medelsverkets laboratorium påvisade innehåll av läke medelssubstanser. Uppsala: Läke medelsverket; 2011 [läst okt 2015]. <http://tinyurl.com/q7cd59y>

Eksem

DRG O92.7+L30.9A

Vätskande eksem

Gravid kvinna i vecka 36 med känt eksem i anamnesen. Odlingssvaret visade både bakterier och svamp. Kvinnan behandlades och kunde senare amma smärtfritt.



Foto: Elisabeth Hjärtmyr

Infekterat eksem 5v postpartum



Foto: Virpi Saastamoinen

Eksem



Foto: Kerstin Lindahl

Allergi

Allergi orsakat av en ny otvättad behå.



Foto: Kerstin Lindahl

Bakgrund

I litteraturen beskrivs tre olika typer av eksem i samband med amning – atopiskt eksem, allergiskt eksem samt kontakteksem. Cirka 50 % av de mammor med eksem som uppträder på bröstet vid amning har en sjukdomshistoria av atopiskt eksem [1]. Det är en ökad risk att få en bakteriell- och/eller svampinfektion i samband med amning när mamman har ett eksem på bröstet [2].

Förekomst

En studie har visat att 1,7 % av ammande kvinnor har eksem på bröstet/brösten [1].

Riskfaktorer

- Eksem i anamnesen
- Salvor, krämer
- Eventuella nya produkter och material så som; tvättmedel, sköljmedel, schampo, behåinlägg, ny behå
- Överanvändning och/eller glesa byten av bröstvårtsskydd - fuktig miljö

Undersökning/utredning

Anamnes

Se Förhållningssätt vid anamnesupptagning i fördjupningsdelen

- Tidigare eksem
- Torr och känslig hud
- Utvärdera riskfaktorer ovan

Symtom

- Eksem som framträder på vårtgård och bröstvårta
- Utslag, torr, rodnad, fjällande och/eller vätskande hud, sprickor och/eller skavd hud [1–3].
- Klåda och/eller brännande/skärande smärta[1, 2].
- Beröringssmärta, exempelvis från kläder och/eller vid dusch

Differential diagnoser

- Candida infektion
- Bakteriell infektion
- Herpes simplex
- Psoriasis

Handläggning och omvårdnad

- Fundera på orsaken och eliminera det som eventuellt har orsakat eksemet [4], *se riskfaktorer*
- Använd luftiga kläder, bomull eller ull närmast bröstet
- Vid upplevelse av stark smärta diskutera alternativ för att lindra smärtan
- Bedöm behovet av smärtlindring, amningshjälpmedel som avlastar smärtan, så som amningsnapp, handmjölkning/handpump/elpump
- Vid behov gör en bedömning av amningssituationen med hjälp av Amningsstatus och vid behov en Amningsobservation i samråd med mamman/föräldrarna för att utesluta riskfaktorer i amningssituationen. Ge stöd till en eventuell förändring av barnets läge och sugtag, uppmuntra vid behov att lägga barnet hud-mot- hud för att stimulera barnets amningsbeteende och för att gapa upp stort, *se vidare i fördjupningsdelen*

- Behandla eksemet, *se läkemedel*
- Kontakta hudläkare vid behov

Läkemedel

Eksemet kan lätt bli infekterat av bakterier och svamp. Vid misstanke om blandinfektion, behandla först eksemet.

Vid lindrigt/måttligt eksem

Mjukgörande salva som innehåller glycerin eller karbamid samt *Grupp 1* och *Grupp 2* av lokala steroider. *Grupp 1* Hydrocortison x 2 i 7 dagar eller *Grupp 2* Locoid x 2 i 7 dagar.

Vid svåra/vätskande eksem

I samråd med hudläkare kan behandling med *Grupp 3* steroider 1 x 1 och Kaliumpermanganatkompresser bli aktuellt (1 ml Kaliumpermanganat 3 % per 1 liter ljummet vatten, appliceras i 15 minuter och luftorkas). Obs! smakar illa. Beakta eventuella risker för barnet vid läkemedelsexponering.

Generellt vid lokal läkemedels behandling

Vid lokal behandling informera mamman om att smörja på ett tunt lager direkt efter amning samt torka av bröstet med bröstmjölk före nästa amning, då smak och lukt ibland kan försämra barnets tag om bröstet. Även vid behandling med läkemedel är det viktigt att följa de generella omvårdnadsåtgärderna för att förebygga recidiv.

Prognos

Med rätt behandling är prognosen god.

Uppföljning

Uppföljning bör ske på hudklinik och/eller Amningsmottagning.

Referenser

1. Barankin B, Gross MS. Nipple and areolar eczema in the breastfeeding woman. *J Cutan Med Surg.* 2004;8(2):126-30.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15129318>
2. Heller MM, Fullerton-Stone H, Murase JE. Caring for new mothers: diagnosis, management and treatment of nipple dermatitis in breastfeeding mothers. *Int J Dermatol.* 2012;51(10):1149-61.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22994661>
3. Whitaker-Worth DL, Carlone V, Susser WS, Phelan N, Grant-Kels JM. Dermatologic diseases of the breast and nipple. *J Am Acad Dermatol.* 2000;43(5 Pt 1):733-51; quiz 52-4.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11050577>
4. Barrett ME, Heller MM, Fullerton Stone H, Murase JE. Dermatoses of the breast in lactation. *Dermatol Ther.* 2013;26(4):331-6.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23914890>

Raynaud´s fenomen

(idiopatisk natur)

ICD-kod O92.2 + I73.0

Bakgrund

Mer än 20 % av kvinnor i fertil ålder lider av Raynaud´s fenomen i någon form. Normalt uppträder fenomenet på fingrar (nagelbädd), tår, nästipp och örsnibbar [1]. Det kännetecknas av ischemi orsakad av vasospasm i artärerna, en hyperaktivitet i det sympatiska nervsystemet medför perifer kärlspasm och huden kan ses vitna och bli blåtonad. Fenomenet förekommer även på bröstvårtorna och finns beskrivet i litteraturen. Bröstvårtan vitnar ofta och amningen blir mycket smärtsam dessutom uppstår en brännande och skärande smärta. Även mellan amningarna kan smärtan i bröstet vara stark [2]. När smärtan lättar övergår bröstvårtan till en rödare ton [2]. I en studie anser författarna att det är ett underdiagnostiserat problem [3]. Tillståndet kan lätt förväxlas med restsymptom på bröstvårtorna efter en infektion, candida, vitnade eller smärtande bröstvårtor utan att det är Raynaud´s fenomen [3].

Förekomst

Amningsmottagningarna i Stockholm möter kvinnor med Raynaud´s fenomen på bröstvårtorna.

Risikfaktorer

- Utlöses av att bröstet utsätts för temperaturväxling
- Psykologisk stress
- Barnets sugtag för litet
- Redan diagnostiserad Raynaud´s fenomen

Undersökning/utredning

Symtom

- Vårtan kan färgskifta vit-blå-och/eller röd ton
- Svår smärta under/mellan amningarna, ofta timmarslånga smärtperioder
- Smärta speciellt när vårtan är fuktig/kall
- Uppstår inte bara i samband med amning
- Vårtgård kan ändra utseende
- Drabbar ofta båda bröstvårtorna

Diffrentialdiagnos

- Candida albicans - observera att behandling med K. Flukonazol vid candida kan förvärra symtomen vid Raynaud´s fenomen då det kan ge vasospasm som biverkan [2]
- Mastit [4]
- White nipple syndrom - resttillstånd efter t ex infektion

Handläggning och omvårdnad

- Försöka hitta “copingstrategier” för att minska ev känslomässig stress
- Hålla sig varm, undvika att frysa
- Undvik temperatursvängningar vid amning, ha gärna varmt runt bröstet om möjligt
- Fysisk aktivitet kan underlätta
- Minimerat koffeinintag kan underlätta
- Gör en bedömning av amningssituationen med hjälp av Amningsstatus och vid behov en Amningsobservation i samråd med mamman/föräldrarna för att utesluta riskfaktorer i amningssituationen.
- Ge stöd till en eventuell förändring av barnets läge och sugtag, uppmuntra vid behov att lägga barnet hud-mot-hud för att stimulera barnets amningsbeteende och för att gapa upp stort, *se vidare i fördjupningsdelen*
- Vid behov kontakta reumatologkonsult

Läkemedel

Rekommendationerna gäller endast för mammor med friska barn födda efter vecka 38.

Förstahandspreparat vid smärta

T. Ibuprofen 200–400 mg 1 x 4, dock högst 1200 mg/dygn.

Ges med fördel i kombination med T. Paracetamol 1 g x 4 maxdos 4000 mg/dygn, jämt fördelat över dygnet om ytterligare smärtlindring behövs.

Vid överkänslighet mot acetylsalicylsyra ges endast T. Paracetamol.

Vid svåra besvär kan man överväga behandling med kärldilaterande calciumblockerare

Dosering T. Nifedipin 10 mg x 2, ev. ökning till 20 mg x 2 under 2 veckor.

Observera blodtrycks kontroll innan behandlingen påbörjas för att utesluta hypotoni [2, 5]. Försiktighet hos patienter med mycket lågt blodtryck och tidigare depression.

Uppföljning

Vid läkemedelsbehandling rekommenderas uppföljning på Amningsmottagning för att utvärdera effekt och för kontroll av blodtryck.

Aktuellt kunskapsläge

Amningsmottagningarna i SLL har god erfarenhet av behandling med T. Nifedipin. Studier angående nitroglycerinbehandling av bröstvårtor saknas. Nitroglycerin absorberas raskt av munslemhinnan. Risk finns att ämnet går över till barnet. Registrerade beredningsformer rekommenderas inte för behandling av bröstet [6].

Referenser

1. Buck ML, Amir LH, Cullinane M, Donath SM. Nipple pain, damage, and vasospasm in the first 8 weeks postpartum. *Breastfeed Med.* 2014;9(2):56-62.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24380583>
2. O'Sullivan S, Keith MP. Raynaud phenomenon of the nipple: a rare finding in rheumatology clinic. *J Clin Rheumatol.* 2011;17(7):371-2.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21946463>
3. Barrett ME, Heller MM, Stone HF, Murase JE. Raynaud phenomenon of the nipple in breastfeeding mothers: an underdiagnosed cause of nipple pain. *JAMA Dermatol.* 2013;149(3):300-6.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23682366>
4. Delgado S, Collado MC, Fernandez L, Rodriguez JM. Bacterial analysis of breast milk: a tool to differentiate Raynaud's phenomenon from infectious mastitis during lactation. *Curr Microbiol.* 2009;59(1):59-64.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19330378>
5. Anderson JE, Held N, Wright K. Raynaud's phenomenon of the nipple: a treatable cause of painful breastfeeding. *Pediatrics.* 2004;113(4):e360-4.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15060268>
6. Lawlor-Smith LS, Lawlor-Smith CL. Raynaud's phenomenon of the nipple: a preventable cause of breastfeeding failure? *Med J Aust.* 1997;166(8):448.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9140358>

Herpes simplex virus

ICD-kod O92.7+O98.3

Bakgrund

Många bär på antikroppar av herpes simplex virus (HSV) och besvären kan utlösas vid stressrelaterade händelser, kan även förekomma på bröstet [1, 2].

Frekvens

Ett ovanligt tillstånd på Amningsmottagningarna. I övrigt saknas uppgifter.

Riskfaktorer

- Bärare av HSV

Symtom

- Stark smärta
- Små blåsor på bröst och bröstvårtan/vårtgården [1, 2]

Handläggning och omvårdnad

- Vid misstanke om HSV infektion på bröstet bör kvinnan göra ett amningsuppehåll tills infektionen är verifierad och behandlad. Framför allt om barnet är under 3 månader [1, 2].
- Samråd om lämplig urmjölkningssmetod tills amningen kan återupptas. Bröstmjölken kastas så länge blåsorna är aktiva, bröstmjölken ska inte heller frysas då virus överlever frysning.

Referenser

1. Barrett ME, Heller MM, Fullerton Stone H, Murase JE. Dermatoses of the breast in lactation. *Dermatol Ther.* 2013;26(4):331-6.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23914890>
2. Heller MM, Fullerton-Stone H, Murase JE. Caring for new mothers: diagnosis, management and treatment of nipple dermatitis in breastfeeding mothers. *Int J Dermatol.* 2012;51(10):1149-61.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22994661>

Komplikationer i bröstet

Bröstinflammation - ett fysiologiskt vävnadssvar

Bröstinflammation kan betraktas som ett fysiologiskt vävnadssvar för att upprätthålla normal hälsa i bröstvävnaden, snarare än en sjukdomsmanifestation [1, 2].

Mjölken innehåller ett flertal antiinflammatoriska faktorer, som Immunoglobulin (Ig) A, glykoproteiner, glykolipider, muciner, oligosackarider. Mjölken innehåller också ett flertal proinflammatoriska cytokiner som interleukin (IL)-1, IL-6, IL-8, IL-12 och Tumor necrosis factor (TNF)- α . Många av dessa faktorer fungerar som tillväxtfaktorer för immunsystemet. IL-1 stimulerar syntes av kortikosteroider, insulin och akutfas reaktanter, till exempel C-reaktivt protein (CRP), i levern. IL-1 stimulerar också ökad benmärgen till hematopoes (stigande Hb), B-lymfocyter till antikroppssyntes, T-lymfocyter till syntes av IL-12 och makrofager till syntes av TNF- α . IL-8 attraherar immunologiska celler [3]. TNF- α ökar permeabiliteten i vasculärt endotel. Då dessa cytokiner frisätts i systemcirkulationen vid amning utlöser de symtom (värmeökning, rodnad, svullnad, ömhet) oavsett om bakterieinfektion föreligger eller ej.

Det finns ett samband mellan låga nivåer av IgA och laktoferrin och mastit hos kvinnor. Det är möjligt att stress med minskade IgA-nivåer kan leda till mastit. IgA-nivåerna är minskade i saliv vid psykisk stress, utmattning och sömnbrist. Man har inte påvisat någon skadlig effekt av bröstmjölken cytokiner på barnets tarmslemhinna. Däremot har ökad permeabilitet i barnets tarmslemhinna påvisats vid "mixed feeding", delamning [1].

Bakterietal och leukocyttal i bröstmjölken anses ej korrelera till mastit hos människa, vilket man ser i djurstudier.

Man har funnit att laktoskoncentrationen i mjölken är lägre, mellan 17–54%, hos kvinnor med mastit. Saltnivån i bröstmjölken kan vara 34 % högre i det drabbade bröstet när man jämfört med det friska. Det kan medföra att barnet avstår från att amma den salta mjölken [4]. Subklinisk mastit förekommer där man påvisat höga saltnivåer i mjölken och koncentrationen av IgA, laktoferrin, lysosym och IL-8 men dock utan symtom [5]. Nutritionsfaktorer har diskuterats som orsak till bröstinflammation. Fler studier av mjölken natriuminnehåll, immunfaktorer och proinflammatoriska cytokiner i relation till kliniska symtom bör göras.

Referenser

1. Fetherston C. Mastitis in lactating women: physiology or pathology? Breastfeed Rev. 2001;9(1):5-12.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11424519>
2. Ingman WV, Glynn DJ, Hutchinson MR. Inflammatory mediators in mastitis and lactation insufficiency. J Mammary Gland Biol Neoplasia. 2014;19(2):161-7.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24961655>
3. Hanson LA. Immunobiology of human milk : how breastfeeding protects babies. Amarillo, Texas: Pharmasoft Pub.; 2004.
4. Conner AE. Elevated levels of sodium and chloride in milk from mastitic breast. Pediatrics. 1979;63(6):910-1.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/572030>
5. Willumsen JF, Filteau SM, Coutsooudis A, Uebel KE, Newell ML, Tomkins AM. Subclinical mastitis as a risk factor for mother-infant HIV transmission. Adv Exp Med Biol. 2000;478:211-23.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11065074>

MASTIT

ICD-kod O91.2 (inflammatorisk)

ICD-kod O91.1A (infektiös)

Ytlig bröstinfektion

En svag rodnad och svullnad på undre delen av bröstet



Foto: Virpi Saastamoinen

En svag rodnad och svullnad på övre delen av bröstet



Foto: Kerstin Lindahl

Bakgrund

Orsaken till mastit är inte känd men immunologiska faktorer diskuteras och ett samband finns mellan låga nivåer av IgA och laktoferrin och utvecklande av mastit, *se faktaruta* [5]. Definitionen av mastit är oklar och skiljer sig åt i litteraturen och det finns inte heller någon konsensus vad det gäller behandling [4]. Mastit, som i vardagligt tal kallas "mjölkstockning" beskrivs i litteraturen som en inflammation eller en infektion. Forskare har hittills inte kunnat beskriva hur kliniker skall skilja mellan bröst inflammation och bröst infektion. En inflammation i bröstet kan betraktas som ett fysiologiskt vävnadsförsvar för att upprätthålla normal hälsa i bröstet snarare än en sjukdomsmanifestation [5, 6].

Riskfaktorerna är däremot väl kända. Redan på 1700-talet uppmärksammades att mödrar som ammade vid behov hade färre bröstkomplikationer [1]. Med den schemastyrda amningen ökar risken även för såriga bröstvårtor samt att amningen oftare avbryts i förtid. Den största riskfaktorn är relaterad till barnets tag om bröstet, ett litet tag om bara bröstvårtan gör att bröstvårtan kläms och då ökar risken för de flesta bröstkomplikationer.

Det finns inga signifikanta skillnader mellan förhöjt CRP vid det som betraktas som inflammation och vid det som betraktas som infektion i bröstet [3]. Bakterier och förhöjda leukocyter korrelerar inte heller säkert till mastit. Många friska ammande kvinnor har patogena bakterier på/i bröstet utan att ge symtom på mastit vilket talar för vikten av att inte behandla efter odlingssvaret eller CRP, utan i första hand efter de kliniska symtomen [7]. Mastit kan pågå ganska smärtfritt under någon dag eller två men också ge svåra symtom under en längre period. Antibiotika bör övervägas först efter ett par dagar om ingen förbättring skett trots omvårdnasåtgärder [7].

Amningsmottagningarna har uppmärksammat att mammor med svåra och långdragna kliniska symtom kan uppvisa växt av streptokocker vilket kan leda till erysipelas, rosfeber, vilket inte alltid uppmärksammas i tid [8]. Förloppet är oftast svårare, mer långdraget och kan ofta ge återkommande infektioner. Även blandinfektion av streptokocker och stafylokocker förekommer vilket bör uppmärksammas vid val av antibiotika.

Bedömningen om det är en inflammation eller infektion samt ställnings-tagande till antibiotika görs bäst med hjälp av noggrann anamnes. Tidsförloppet är av stor vikt, förändring av kliniska symtom över tid samt om svårläkta sår finns på bröstvårtan. Man bör vara ödmjuk inför förloppet.

Omvårdnadsåtgärderna är av största vikt vid medicinsk behandling för att öka kvinnans välbefinnande och minska risken för upprepade mastiter.

Förekomst

Mastit förefaller vara ett vanligt problem, men siffrorna skiljer sig mycket mellan olika studier och mellan olika länder och även procentuellt hur många som bedöms som inflammation och infektion, ett mörkertal finns [4]. Mastit uppträder sällan de första 10 dagarna efter förlossningen. Mastit är vanligast de två första månaderna post partum men kan uppträda när som helst under amningsperioden och kan även uppträda under graviditeten. Bröstkomplikationerna förekommer lika mycket i höger som i vänster bröst [2]. Enligt WHO får ca 25 % av världens kvinnor återkommande mastiter [2].

Riskfaktorer för både inflammation och infektion

- För litet tag om bröstet (barnet ligger för långt ifrån bröstet och/eller för långt åt någon sida)
- Reglerad amning
- Återhållen utdrivningsreflex relaterat till smärta/känslomässig stress
- Komplicerade förlossningar, viktigt att uppmärksamma tidigt i vårdplaneringen [2]
- Kvinnor som upplevt kraftigt spända bröst på BB tycks ha en ökad risk för bröstkomplikationer senare [9]
- Salvor [10]
- Tidig introduktion av formula
- Mekaniskt hinder som trycker mot bröstet t ex åtsittande behå
- Hands-on, dvs när anhöriga och personal klämmer på bröstet för att hjälpa till vid urmjölkning eller att stoppa bröstet i munnen på barnet

Undersökning/utredning

Anamnes

Bedömningen görs bäst med hjälp av noggrann anamnes, med extra tonvikt på tidsförloppet, förändring av kliniska symtom, och om bröstproblem funnits tidigare under amningsperioden. *Se anamnes vid bröstkomplikationer i fördjupningsdelen*

Bedömning till egenvård i hemmet vid telefonkontakt

Egenvård kan påbörjas i hemmet;

- när andra, icke bröstrelaterade diagnoser uteslutits
- om kvinnans allmäntillstånd tillåter
- om symtomen från bröststen inte varat mer än 2–3 dygn
- om det är första gången kvinnan har dessa symtom

- om symtomen varat längre görs en bedömning av vårdpersonal tillsammans med läkare
- om ingen störning skett i barnets amningsfrekvens, amningsmönster och om tekniken är god (det vill säga mammans bröstvårta är opåverkad efter amning) bör fortsatt amning rekommenderas, i kombination med vila.

Amningen har den bästa läkande effekten på bröstkomplikationen. Såriga bröstvårtor som inte läker bör undersökas, odlas och eventuell behandling påbörjas, *se avsnitt Sårig bröstvårta*. Om ingen förbättring av tillståndet efter ett dygn i hemmet uppmuntras till ny kontakt med vården.

Symtom/status för både inflammation och infektion

Ett eller flera av dessa kan förekomma:

- Kommer plötsligt
- Klämd bröstvårta efter amning
- Smärtsam amning
- Kroppstemperatur mellan 38,4 och 41 grader
- Influensaliknande sjukdomskänsla; huvudvärk, muskelvärk, frossbrytning, mer uttalat vid infektion och kan bli mer allvarlig allmänpåverkan vid Erycypelas
- Lokal smärta/ömhets över ett område eller generell ömhets och ödem
- Avgränsat område, ofta värmeökning och lokal rodnad, är ofta mer ilsket och utbredd vid infektion och speciellt vid streptokockinfektion och blandinfektioner
- Ofta förhårdnad, knöl/hårt parti under huden, ibland svårpalperad
- Vanligtvis endast i ena bröstet,
- Sprickor och/eller sår på bröstvårtan kan förekomma, ökar risken för infektion
- White spot på bröstvårtan, *se avsnitt White spot*
- Milk blister, *se avsnitt Milk blister*
- Vid återkommande infektion, misstanke på streptokockinfektion

Lab

Överväg odling vid svåra symtom och innan påbörjad behandling med antibiotika eller om utebliven effekt av antibiotika, *se även Bakgrund*.

Om sår, odla för MRSA

Se handlingsprogram för MRSA odling www.vardgivarguiden.se

Vanligaste bakterien vid mastit är Staphylococcus aureus (S. aureus), odlingar från bröstet/mjölken kan även uppvisa växt av koagulasnegativa stafylokocker, viridans streptokocker, grupp B-streptokocker (GBS) och enterococcus faecalis m fl men inte alla lika vanligt. Vid Erysipelas förekommer streptokocker - oftast betahemolytiska grupp A men även grupp C och G streptokocker. Det förekommer också blandinfektioner. I Kvist studie var det fler kvinnor med symtom på mastit som hade hade S. aureus och GBS i bröstmjölken än de utan symtom [7]. Dock, hade 31 % av friska kvinnor utan symtom på mastit S. aureus och 10 % hade GBS i bröstmjölken [3].

Ultraljud

Vid misstanke om bröstabscess.

Differentialdiagnoser

Under puerperiet

- Endometrit
- Djup ventrombos/lungemboli
- Urinvägsinfektion
- Övre luftvägsinfektion
- Viros

Handläggning och omvårdnad

På mottagning

Vid mastit är det viktigt att beakta både medicinska- och omvårdnadsåtgärder för snabbare återhämtning.

- Lyssna, bekräfta och avdramatisera
- Ge information om tillståndet, dess förlopp och om att det är vanligt förekommande
- Utvärdera åtgärder som redan påbörjats
- **A o O är att fortsätta amma: När det inte är möjligt bör urmjölkning ske!**
- Gör därför en bedömning av amningssituationen med hjälp av Amningsstatus och vid behov en Amningsobservation i samråd med mamman/föräldrarna för att utesluta riskfaktorer i amningssituationen. Ge stöd till en eventuell förändring av barnets läge och sugtag, uppmuntra vid behov att lägga barnet hud-mot- hud för att stimulera barnets amningsbeteende och för att gapa upp stort, *se vidare i fördjupningdelen*
- Utvärdera hur ofta barnet ammar och öka ev. amning/urmjölkning vid behov
- Utvärdera behov av smärtlindring och eventuellt febernedsättande
- Uppmuntra till fortsatt amning på barnets signaler, att utnyttja barnets sugande är bästa metoden för läkning
- Om behov finns av att öka frisättning av oxytocin; uppmuntra hud-mot-hudkontakt med barnet, massage över axlar och fötter samt hudberöring
- En lätt beröring/strykning med handflatan/fingrarna över resistensen under amningen kan underlätta flödet om mamman kommer åt utan att störa barnet
- Om möjligt, växla barnets position vid bröstet
- Vid svårigheter för barnet att få tag om bröstet, uppmuntra mamman att handmjölka ur lite initialt så att vårtgården blir något mjukare
- Vid svårigheter att få mjölkflöde vid amning eller urmjölkning trots ovanstående åtgärder, låt bröstet vara i det akuta skedet
- Akupunktur i avslappande, lugnande och smärtlindrande syfte, om möjligt [11]
- Om white spot eller milk blister skrapa försiktigt med steril nål för att möjliggöra mjölkflöde
- Om sår och sprickor på bröstvårtan, *se vidare Sårig bröstvårta*
- Vid tillfälligt amningsuppehåll, samråd med kvinnan om lämplig urmjölkningsmetod
- Vid behov, smärtstillande läkemedel
- Uppmärksamma på att dryck, mat och vila är viktiga för att öka känslan av välbefinnande

- Om behå används bör den vara rymlig för att underlätta avflödet, rekommendera om möjligt, att även vara utan behå
- Vid behov kontakta infektionskonsult

Läkemedel

Rekommendationerna gäller endast för mammor med friska barn födda efter vecka 38. I övriga fall konsultera barnläkare.

Förstahandspreparat vid smärta

T. Ibuprofen 200–400 mg 1 x 4, dock högst 1200 mg/dygn.

Ges med fördel i kombination med T. Paracetamol 1 g x 4 maxdos 4000 mg/dygn, jämt fördelat över dygnet om ytterligare smärtlindring behövs.

Vid överkänslighet mot acetylsalicylsyra ges endast T. Paracetamol

Vid svåräkt mastit med svåra kliniska symtom, överväg antibiotika

Val och dosering av antibiotika

Vid *Stafylococcus aureus*

T. Flukloxacillin 1000 mg x 3 under 10 dagar ges upp till 8 veckor postpartum. Därefter ges 750 mg 1 x 2 under 10 dagar.

Eftersom plasmavolym och njurens glomerulära filtration ökar under graviditeten, där förändrad njurfunktion kvarstår efter förlossningen, krävs tredosregim och högre dos för att behandlingen ska ha effekt. Tid för återställande av njurgenomblödning till pregravid nivå kan variera 4–8 veckor [12]. Mammans vikt och längd inverkar också på behovet av läkemedelsdosen [13].

Vid *Streptokocker* grupp A och B

T. Fenoximetylpenicillin 1000 mg 1 x 3 under 10 dagar.

Vid blandinfektioner med *Stafylococcus aureus* och *Streptokocker* grupp A och B

Rekommenderas i första hand T. Flukloxacillin dosering som ovan.

Vid svåra blandinfektioner kan kombination av T. Flukloxacillin och T. Fenoximetylpenicillin tredos under 10 dagar. Vid växt av svamp kan tillägg med Flukonazol ges (*se nedan*).

Byte till K. Klindamycin kan övervägas. Eftersom K. Klindamycin innebär risk för Clostridieväxt ska den förbehållas till pc-allergiker.

Vid överkänslighet mot penicillin och om barnet är fullgånget

K. Klindamycin 150 mg 1 x 3 under 10 dagar. BMI >35 hos mamman dosering 300 mg x 3.

Enstaka rapporter finns angående blodtillblandad avföring hos barnet. Föräldrarna bör upplysas om att nytillkommet blod i barnets avföring under pågående antibiotika-behandling till mamman bör föranleda kontakt med sjukvården.

Om ingen förbättring

Vid svåra infektioner vanligtvis behandling är i cirka 10 dagar. Om inte förväntad förbättring överväg ny odling och byte av antibiotika. Även vid behandling med läkemedel är det viktigt att följa omvårdnadsåtgärderna för att förebygga recidiv.

Uppföljning

- Om ingen förbättring inom de närmaste 2 dyggen - uppmuntra ny kontakt för utvärdering av åtgärder och ny bedömning
- Mastit under graviditet eller efter avslutad amning ska alltid remitteras till Bröstmottagning
- Om resistens kvarstår upp till 2 månader ny vårdkontakt och remiss till Bröstmottagning

Aktuellt kunskapsläge

Under senare år har vissa stammar av laktobakterier påvisats ha effekt vid mastit. Randomiserade studier har visat positiv effekt som alternativ till behandling med antibiotika [14].

Det kroppsegna proteinet antisekretorisk faktor (AF) har en anti-inflammatorisk och vätskereglerande effekt. AF har i en mindre studie visats kunna förebygga mastit [15]. Intag av ett speciell värmebehandlad havre, har visats stimulera syntes av AF. Studien är liten varför man bör vara försiktig med att generalisera resultaten. I klinisk verksamhet har man dock mycket god erfarenhet av att behandla med detta hos kvinnor med upprepade mastiter.

Litteratur

Mannel R, Martens PJ, Walker M, editors. Core curriculum for lactation consultant practice. 3rd ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2013.

Walker M. Breastfeeding management for the clinician: using the evidence. 3rd ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2014.

Referenser

1. Nelson J. An essay on the government of children, under three general heads; health, manners and education. 4th ed. Dublin: Printed for William Williamson; 1753.
2. Mastitis: causes and management. Geneva: World Health Organization, WHO; 2000 [läst okt 2015]. http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.13.pdf?ua=1
3. Österman KL, Rahm VA. Lactation mastitis: bacterial cultivation of breast milk, symptoms, treatment, and outcome. *J Hum Lact.* 2000;16(4):297-302.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11155607>
4. Kvist LJ. Toward a clarification of the concept of mastitis as used in empirical studies of breast inflammation during lactation. *J Hum Lact.* 2010;26(1):53-9.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19910519>
5. Fetherston C. Mastitis in lactating women: physiology or pathology? *Breastfeed Rev.* 2001;9(1):5-12.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11424519>
6. Ingman WV, Glynn DJ, Hutchinson MR. Inflammatory mediators in mastitis and lactation insufficiency. *J Mammary Gland Biol Neoplasia.* 2014;19(2):161-7.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24961655>
7. Kvist LJ, Larsson BW, Hall-Lord ML, Steen A, Schalen C. The role of bacteria in lactational mastitis and some considerations of the use of antibiotic treatment. *Int Breastfeed J.* 2008;3:6.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18394188>
8. Läkemedelsverket, Strama. Farmakologisk behandling av bakteriella hud- och mjukdelsinfektioner - ny rekommendation. Information från Läkemedelsverket. 2009;20(9):16-27.
<http://tinyurl.com/ogyloes>
9. Lundin C. Svenska storstadskvinnans symtom och behandling vid mjölkstockning [magisteruppsats]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2005.
10. Kinlay JR, O'Connell DL, Kinlay S. Risk factors for mastitis in breastfeeding women: results of a prospective cohort study. *Aust N Z J Public Health.* 2001;25(2):115-20.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11357905>
11. Kvist LJ, Hall-Lord ML, Rydhstroem H, Larsson BW. A randomised-controlled trial in Sweden of acupuncture and care interventions for the relief of inflammatory symptoms of the breast during lactation. *Midwifery.* 2007;23(2):184-95.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17052823>
12. Tracy TS, Venkataramanan R, Glover DD, Caritis SN, National Institute for Child H, Human Development Network of Maternal-Fetal-Medicine U. Temporal changes in drug metabolism (CYP1A2, CYP2D6 and CYP3A Activity) during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(2):633-9.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15696014>
13. Lakehal F, Dansette PM, Becquemont L, Lasnier E, Delelo R, Ballardur P, et al. Indirect cytotoxicity of flucloxacillin toward human biliary epithelium via metabolite formation in hepatocytes. *Chem Res Toxicol.* 2001;14(6):694-701.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11409940>
14. Fernandez L, Arroyo R, Espinosa I, Marin M, Jimenez E, Rodriguez JM. Probiotics for human lactational mastitis. *Benef Microbes.* 2014;5(2):169-83.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24463206>
15. Svensson K, Lange S, Lonnroth I, Widstrom AM, Hanson LA. Induction of anti-secretory factor in human milk may prevent mastitis. *Acta Paediatr.* 2004;93(9):1228-31.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15384889>

Bröstabscess/böld

ICD-kod O91.1B

En yttlig bröstböld



Foto: Britt-Inger Malmberg,
Gunilla Holland

En spontant rupturerat



Foto: Britt-Inger Malmberg,
Gunilla Holland

Bakgrund

En bröstinfektion kan leda till abscess. Det tar oftast tid för en abscess att utvecklas. Den föregås oftast av en infektion vars symtom (tempstegring, lokal svullnad och rodnad) ofta minskar då bölden bildats. Det förekommer att mammor inte haft några tidigare tydliga symtom innan mogen abscessen. Smältningen i bröstvävnaden innehåller vätska. Runt smältningen finns ett diffust svullet, ödematöst område som varierar i tjocklek. Ibland förekommer endast det diffusa ödemet, smältning har ännu inte skett eller också kommer infektionen i området att klinga av spontant.

Förekomst

Mellan 0,1 % och 0,3 % av ammande kvinnor utvecklar bröstabscess [1, 2]. Vanligast förekommande är abscess mellan 3–8 veckor postpartum, kan förekomma tidigare eller senare samt under graviditeten [1].

Riskfaktorer

Komplicerade förlossningar kan ge en ökad risk för bröstkomplikationer vilket är viktigt att uppmärksamma tidigt i vårdplaneringen [3].

En studie visar 3–4 gånger ökad risk för bröstabscess hos förstfödorskor, kvinnor över 30 år samt vid överburenhet och hos kvinnor med tidigare mastit [1].

Undersökning/utredning

Anamnes

Se anamnes i fördjupningsdelen.

Symptom/status

Ett eller flera symptom kan förekomma

- Utvecklas gradvis över en längre tid eller kan uppstå spontant utan tidigare symtom
- Allmän sjukdomskänsla - vanligt

- Kroppstemperaturen kan vara normal ibland svängande feber
- Intensiv lokal smärta i bröstet i tidigt skede
- Rodnad eller annan missfärgning lokalt
- Bröstet kan se spänt, buktande och glansigt ut, fjällande hud, ödematöst
- Fluktuerande område i senare skede då smärtan också kan minska
- Djupa abscesser ger inte alltid tydliga ytliga symtom på bröstet
- Bröstvårtan kan vara lite förskjuten åt något håll
- Ofta förenat med sår/spricka på bröstvårtan i anamnesen
- Minskat eller upphört mjölkflöde under den akuta fasen
- Nekrotiskt hudområde

Lab

Odlas. I princip alla bröstbölder innehåller bakterier även om tidigare sår på bröstvårtan hunnit läka. I nio fall tio växer *Staphylococcus Aureus* vid odling, se *Lab i Mastit*. Om sår odlas även för MRSA, se *handlingsprogram för MRSA odling* www.vardgivarguiden.se

Ultraljud

Använd abdominell prob klädd med en handske. En ”mogen” abscess syns tydligt med ultraljud. Likvifiering till abscess med ett centralt ekofattigt område ses tydligt. Vid infektiös mastit är strukturen förändrad jämfört med omgivande bröstvävnad, ofta med ett oregelbundet ”flammigt” utseende men utan någon ekofattig upplärning. Flödesfunktionen kan hjälpa diagnostiken. Infektion uppvisar flöde, en abscess saknar flöde. En abscess bör tömmas. En lokal infektion i bröstet bör följas med ultraljud inom några dagar för att hitta rätt tidpunkt för punktion, alternativt följs den läkande processen konservativt, beroende av utfall. Om situationen är svårbedömd rekommenderas ny kontroll efter något dygn.

Differentialdiagnoser

Galactoccele, inflammatorisk bröstcancer, fibroadenom. Bröstcancer förekommer även hos lakterande och gravida kvinnor. Det finns inflammatoriska bröstcancertyper som makroskopiskt kan se exakt ut som en bröstböld.

Undersökningsteknik

Se fördjupningdelen

Vid palpation Känns en fluktuerande ofta distinkt ömmande resistens. Om bröstbölden ligger djupt kan den vara svår att palpera.

Handläggning och omvårdnad

Ultraljudsledd punktion av bröstböld. En mindre abscess kan behöva punkteras fler gånger.

Vätskefyllt rum < 3 cm = punktion

Bedöva huden med Emla-kräm innan lokalanestesi. Om möjligt aspireras pus för att kontrollera stickkanalens läge. Ta odling. Byt till grov kanyl då pus är högvisköst. Rosa kanyl eller knäpunktionskanyl kan användas.

Om aspiration ej ger utbyte

Kontrollera kanylens läge med ultraljud, den syns tydligt som två parallella streck, ibland med några artefakter bredvid. Pröva att spola in några ml steril NaCl och fortsätt aspirera tills bölden är tömd. Spola ytterligare en gång med NaCl tills patienten upplever att det spänner och töm ut samma mängd som spolades in.

- Återbesök inom 3–5 dagar

Vätskefyllt rum > 3 cm = dränage med pigtailkateter

Bedöva huden med Emla-kräm innan lokalanestesi. Gör en liten hudincision med skalpell. Stick ned en 8 Charrères pigtailkateter in i hålan. Aspirera pus, odla.

Vid dåligt utbyte pröva att spola in några milliliter NaCl, kontrollera med ultraljud om vätskan hamnar i abscesshålan.

Aspirera; vid utbyte ”knorras” katetern genom att dra i tråden. Lås tråden genom att vira det runt katetern och drag ned plaststycket över tråden. Töm kaviteten på pus och uppskatta mängden. Spola sedan med motsvarande mängd NaCl 2–3 ggr. Proppa katetern.

- Om möjligt förankras pigtailkatetern så att vårtgård och bröstvårta är fria så att fortsatt amning/urmjölkning kan ske. *Se skötselinformation och läkemedel.*
- Mamman/föräldrarna instrueras om god handhygien och tömning av abscesshålan 3–4 gånger per dygn. De första gångerna med samma mängd NaCl som vid punktionen. Successivt kommer kaviteten att snabbt minska i storlek. Vid varje spolningstillfälle skall hålan tömmas och fyllas 3–4 ggr. Läkningstiden varierar varför man förbereder patienten på att ha kvar katetern 3–7 dagar.
- Återbesök efter 3–5 dagar rekommenderas
- Patienten uppmanas att ringa eller söka akut vid försämrat allmäntillstånd

Behandling med en pigtail-kateter



Foto: Virpi Saastamonien

Borttagande av kateter

Katetern klipps av och dras ut då man efter aspiration inte kan se någon abscess med ultraljud, då aspiratet är klart eller mjölkvitt, då spolmängderna av NaCl är små och då patienten kliniskt förbättras avseende smärta.

Fortsatt amning

- **Barnet kan fortsätta ammas**, men hänsyn ska tas till mammans tillstånd
- Om mamman till exempel har så ont att hon inte klarar att ha barnet nära. Om mamman inte vill fortsätta amma på det infekterade bröstet kan hon fortsätta amma på det friska bröstet och återuppta amningen på den sjuka sidan när abscessen är utläkt.
- **Vid behov gör en bedömning av amningssituationen med hjälp av Amningsstatus** och vid behov en Amningsobservation i samråd med mamman/föräldrarna för att utesluta riskfaktorer i amningssituationen. **Ge stöd till en eventuell förändring av barnets läge och sugtag**, uppmuntra vid behov att lägga barnet hud-mot-hud för att stimulera barnets amningsbeteende och för att gapa upp stort, se vidare i fördjupningsdelen
- **Ge kunskap om tillståndet:**
 - att bröstmjölken påverkar barnet positivt även vid infektion
 - om olika sätt att fortsätta amma
 - om kvinnan väljer att avsluta amningen tillfälligt bör information ges om att amningen kan återupptas senare om så önskas
- **Utvärdera behov av smärtlindring**
- **Upprätta en vårdplan** i överensstämmelse med läkarordination

Läkemedel

Rekommendationerna gäller endast för mammor med friska barn födda efter vecka 38.

Förstahandspreparat vid smärta

T. Ibuprofen 200–400 mg 1 x 4, dock högst 1200 mg/dygn, engångsdoser över 400 mg har ej påvisats ge ytterligare analgetisk effekt, viktigt med jämn fördelning över dygnet. Ges med fördel i kombination med T. Paracetamol 1 g x 4 maxdos 4000 mg/dygn, jämt fördelat över dygnet om ytterligare smärtlindring behövs.

Vid överkänslighet mot acetylsalicylsyra ges endast T. Paracetamol.

Vid bakterieinfektion

Överväg om och när antibiotika ska användas beroende på patientens allmäntillstånd, (t ex feber och lymfangit) och böldens storlek. I så fall ges antibiotika ges utefter odlingsvar.

Vid Stafylococcus aureus

T Flukloxacillin 1 g 1 x 3 i 10 dagar ges under de första 8 veckorna post partum. Därefter kan dosen sänkas till 750 mg 1 x 2 i 10 dagar.

Dosen är något högre på grund av att den glomerulära filtrationen ökar under graviditeten. Serumnivåerna av läkemedel är då otillräckliga för terapeutisk effekt. Tid för återställande av njurgenomblödning till pregravid nivå kan tydligen variera mellan 4–8 veckor [5].

Mammans vikt och längd påverkar läkemedelsdos [6].

Vid Streptokocker grupp A och B

T. Fenoximetylpenicillin 1000 mg 1 x 3

Vid blandinfektioner med *Stafylococcus aureus* och Streptokocker grupp A och B rekommenderas i första hand T. Flukloxacillin dosering som ovan.

Vid svåra blandinfektioner kan kombination av T. Flukloxacillin och T. Fenoximetylpenicillin, alternativt K. Klindamycin ges. Om även svamp konstateras ges även tillägg med T. Flukonazol, se avsnitt *Candida*.

Vid överkänslighet mot penicillin och om barnet är fullgånget ges K. Klindamycin 150 mg 1 x 3. Vid kraftig övervikt hos mamman dosering 300 mg 1 x 3.

På grund av att enstaka blodiga avföringar har rapporterats hos barn där mamman ätit T. Klindamycin bör föräldrarna upplysas om att nytillkommet blod i barnets avföring under pågående antibiotikabehandling till mamman kan vara en biverkan och bör föranleda kontakt med sjukvården.

Durationen av behandlingen är vanligen cirka 10 dagar men kan behöva förlängas vid svåra infektioner.

Prognos

Prognosen är bra och de flesta mammor väljer att fortsätta amma. Recidiv förekommer.

Uppföljning

Individuell uppföljning av patienter med pigtail-kateter, kan följas polikliniskt, om möjligt på Amningsmottagning. Uppföljning är viktig för bland annat pågående amning och för utvärdering av åtgärder och behandling. Kvinnan behöver veta att resistensen försvinner successivt, kan ta upp till 2 månader.

Vid utebliven klar förbättring remiss till bröstcentrum för möjlighet till trippeldiagnostik röntgen och cytologi.

Alla kvinnor som behandlats pga bröstabscess ska följas upp av läkare efter 2–3 månader.

Om kvarstående resistens remiss till bröstcentrum.

Aktuellt kunskapsläge

Det saknas evidens för att behandling av bröstabscess med aspiration med nål är mer effektiv än incision och dränage. Inte heller finns evidens för att antibiotikabehandling rutinmässigt bör ges när en abscess töms. En studie visade att läkningstiden för en bröstabscess var 7,3 dagar när antibiotikakur gavs, 6,9 dagar när en enstaka dos antibiotika gavs och 7,4 dagar när ingen antibiotika gavs [7].

Referenser

1. Kvist LJ, Larsson BW, Hall-Lord ML, Steen A, Schalen C. The role of bacteria in lactational mastitis and some considerations of the use of antibiotic treatment. *Int Breastfeed J.* 2008;3:6.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18394188>
2. Kvist LJ, Rydhstroem H. Factors related to breast abscess after delivery: a population based study. *Bjog.* 2005;112(8):1070-4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16045520>
3. Amir LH, Forster D, McLachlan H, Lumley J. Incidence of breast abscess in lactating women: report from an Australian cohort. *BJOG.* 2004;111(12):1378-81.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15663122>
4. Mastitis: causes and management. Geneva: World Health Organization, WHO; 2000 [läst okt 2015]. http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.13.pdf?ua=1
5. Tracy TS, Venkataramanan R, Glover DD, Caritis SN, National Institute for Child H, Human Development Network of Maternal-Fetal-Medicine U. Temporal changes in drug metabolism (CYP1A2, CYP2D6 and CYP3A Activity) during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(2):633-9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15696014>
6. Lakehal F, Dansette PM, Becquemont L, Lasnier E, Delelo R, Ballardur P, et al. Indirect cytotoxicity of flucloxacillin toward human biliary epithelium via metabolite formation in hepatocytes. *Chem Res Toxicol.* 2001;14 (6):694-701.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11409940>
7. Irusen H, Rohwer AC, Steyn DW, Young T. Treatments for breast abscesses in breastfeeding women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;8:CD010490.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26279276>

Andra amningsrelaterade tillstånd/situationer

Bröstreduktion

ICD-kod O92.7+Z98.8

Bröstreduktion

Ärr runt och rakt ner från vårtgården.



Foto: Elisabeth Hjärtmyr

Bakgrund

Hen som gjort bröstingrepp, reduktion och/eller implantat får ofta olika råd om hur amning är möjlig. En studie visar att det inte är någon skillnad i förmågan att amma den första månaden efter förlossningen hos bröstreducerade kvinnor jämfört med kvinnor som inte är bröstreducerade [2]. Själva amningsförmågan kan påverkas vid bröstreduktion men själva reduktionen utesluter i sig inte själva laktationen [3]. Eventuella svårigheter handlar mer om möjligheter till råd, stöd och uppmuntran från vårdpersonal under amningen samt personliga överväganden [2]. I de granskade artiklarna beskrevs de största anledningarna till att amningsförsök eller amning inte påbörjades var att kvinnan hade dålig självförtroende till amningen samt att vårdpersonalen hade en icke stödjande inställning eller till och med avrådde från amning. Andra orsaker var otillräcklig mjölkproduktionsmängd och smärta i bröstvårtan. En vanlig förståelse är att man bör ha känslighet i bröstvårta/vårtgård för att utdrivningsreflexen ska fungera men i studier som tittat på skillnaden i känslighet på bröstvårta/vårtgård hos kvinnor som är bröstreducerade och som inte är bröstreducerade såg de ingen skillnad. Bröstreduktion medför att kvinnan har ett ärr runt vårtgården vilket ofta misstolkas som om man "amputerat" bröstvårtan och skurit av alla mjölkgångar vilket är en mycket ovanlig teknik i dagsläget [4, 5].

Förekomst

1 500 kvinnor opereras årligen i offentlig sjukvård i Sverige och många av dessa kvinnor har en önskan om att amma när de får barn.

Undersökning/utredning

Anamnes

Se Förhållningssätt vid anamnesupptagning och Att möta kvinnor med amningsproblem i fördjupningsdelen.

- I anamnesen är det viktigt att efterfråga vilka möjligheter mamman själv tror att hon har att amma. Vad man sagt till henne angående hennes möjligheter att amma, vilket stöd hon har i sin omgivning. Hur hon ser på hel- respektive delamning och amning som tröst och närhet. Vad har mamman för kunskaper om hur man främjar och ökar mjölkproduktionen.

Handläggning och omvårdnad

Mammor som är bröstreducerade och önskar amma bör uppmuntras. Mammans inställning och kunskaper om amning kan vara avgörande för amningen. Personalens kunskaper och bemötande av mammor som är bröstreducerade har stor betydelse.

- Uppmuntra till tidigt samtal på mödrahälsovården/Amningsmottagning
- Viktigt med förståelse för oro över amningsförmågan
- Om förälder önskar, ge faktabaserad information angående amningsförmågan hos bröstopererade, om amningens hälsofrämjande fördelar även vid mindre mjölkproduktion, delamning och vid kort amningsperiod, ge kunskap om att hud mot hud och amning första 1–2 timmarna efter förlossningen har betydelse för den kommande mjölkproduktionen. Informera att mjölkstas, (*se vidare mjölkstas*) är vanligt förekommande, övergående och händer även för de som inte är bröstopererade.
- Uppmuntra att lägga barnet hud-mot-hud för att stimulera barnets amningsbeteende och för att barnet ska gapa upp stort, *se vidare i fördjupningsdelen*
- Om föräldrarna så önskar gör en bedömning av amningssituationen med hjälp av Amningsstatus och vid behov en Amningsobservation i samråd med föräldrarna för att bland annat titta på barnets sugmönster
- Uppmärksamma föräldrarna på hur sugmönstret ser ut när utdrivningsreflexen startar samt eventuellt om justeringar av barnets läge och sugtag bör göras för att få mer optimalt mjölkflöde. Vid behov och vid stark oro över mjölmängden kan mamman ge ersättning med tillmatningsset som då samtidigt stimulerar bröstet.
- Bröstkompressionsteknik kan göras för att öka barnets effektivitet vid bröstet därmed effektivare tömningar och bättre stimulering av mjölkproduktion [6], *se vidare tekniken i ordlistan*
- Växelamning, d v s flera byten mellan bröstet under samma amningstillfälle, är effektivt för ökning av mjölkproduktion med stor respekt för hur barnet reagerar och samarbetar, *se sviktande mjölkproduktion*
- Vårdplanering som inkluderar amningsstöd i samråd med föräldrarna

Prognos

Flera studier visar att mammor som är bröstreducerade har goda chanser att amma helt. I de flesta studier har man endast tittat på hel- och delamning vid 3–4 veckor efter födseln. Förmågan till amning synes inte påverkas av mängden bröstvävnad som tagits bort. Studier visar att amningsförmågan ökar ju fler graviditeter kvinnan genomgår efter operationen, det troliga är att en återkanalisering av mjölkgångarna sker [4, 5].

Aktuellt kunskapsläge

I en studie har fyra olika tekniker för bröstreduktion jämförts [7]. Resultaten skilde sig åt mellan de olika teknikerna i hur många barn som helammades vid 3 veckors ålder. Studierna har en svaghet eftersom definitioner av amning inte är tillräckligt tydliga vad det gäller hel- och delamning samt amning vid 6 månader [2].

Referenser

1. Engstrom BL. Amning efter bröstreduktionsplastik: en studie om mammors upplevelser av information och bemötande. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*. 1999;19(1):29-35.
2. Thibaudeau S, Sinno H, Williams B. The effects of breast reduction on successful breastfeeding: a systematic review. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2010;63(10):1688-93. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19692299>
3. Expertgruppen för plastikkirurgi. Bröstreduktionsplastik: bröstförminskande kirurgi vid stor byst. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting (SKL); 2008. <https://www.skane.se/upload/Webbplatser/varogaranti/pdf/Brostreduktionsplastik%20-%20Publicerad%20version%5B1%5D.pdf>
4. Hefter W, Lindholm P, Elvenes OP. Lactation and breast-feeding ability following lateral pedicle mammoplasty. *Br J Plast Surg*. 2003;56(8):746-51. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14615248>
5. Cherchel A, Azzam C, De Mey A. Breastfeeding after vertical reduction mammoplasty using a superior pedicle. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2007;60(5):465-70. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17399654>
6. Breastfeeding: breast compression. Montreal, Canada: Ask Lenore; 2015 [läst okt 2015]. http://www.asklenore.info/breastfeeding/induced_lactation/breast_compression.shtml
7. Chiummariello S, Cigna E, Buccheri EM, Dessy LA, Alfano C, Scuderi N. Breastfeeding after reduction mammoplasty using different techniques. *Aesthetic Plast Surg*. 2008;32(2):294-7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17805921>

Bröstförstoring/implantat

ICD-kod O92.7+Z41.1

Bakgrund

Såväl kvinnor med bröstimplantat som kvinnor med bröstreduktion kan få varierande råd om hur amning är möjlig eller inte från både personal och från deras omgivning. Ammande mammor med bröstimplantat och personal har varierande erfarenheter av amningsutfallet när mamman har bröstimplantat. Implantatet som sådant ska inte påverka amningen. En vanlig orsak till bröstförstoring är kosmetisk men förekommer också av medicinska skäl t ex anomali. Psykosociala faktorer kan ha en stor betydelse. Erfarenhet visar att dessa mammor kan uppleva en besvärlig mjölkstas, därav vikten av information till kvinnan om att detta förekommer och är övergående även hos kvinnor som inte har implantat. Komplikationer kan förekomma efter att implantatet läggs såsom långsiktiga bröstsmärtor, kapselbildning och tryckeffekter. Detta kan försvåra kvinnans förmåga till mjölkbildning. Med god kirurgisk teknik och korrekt postoperativ behandling kan de flesta komplikationer i samband med kirurgi minimeras, men inte alltid undvikas [1].

Förekomst

Miljontals kvinnor i världen har gjort bröstförstoring [2]. Okänt antal i Sverige.

Undersökning/utredning

Anamnes

Se Förhållningssätt vid anamnesupptagning i fördjupningsdelen och även Att möta kvinnor med amningsproblem i fördjupningsdelen.

I anamnesen är det viktigt att även efterfråga vilka möjligheter mamman själv tror att hon har att amma.

- Vad har man sagt till henne angående hennes möjligheter att amma?
- Vilket stöd har från omgivningen?
- Hur ser hon på hel- respektive delamning och amning som tröst och närhet?
- Vad har mamman för kunskaper om hur man främjar och ökar mjölkproduktionen?

Handläggning och omvårdnad

- Uppmuntra till tidigt samtal på mödrahälsovården/Amningsmottagning
- Vid behov och om kvinnan så önskar, ge faktabaserad information om amningsförmågan efter bröstimplantat, ge information om amningens hälsofrämjande fördelar även vid ofullständig mjölkproduktion, delamning samt kort amningsperiod
- Om mamman/föräldrarna önskar, gör en bedömning av amningssituationen med hjälp av Amningsstatus och vid behov en Amningsobservation i samråd med mamman/föräldrarna. Uppmärksamma mamman på hur sugmönstret ser ut när utdrivningsreflexen startar samt om justeringar av barnets läge och sugtag bör göras för att få ett mer optimalt mjölkflöde. Uppmuntra vid behov att lägga barnet

hud-mot- hud för att stimulera barnets amningsbeteende och för att barnet ska gapa upp stort, se vidare i fördjupningsdelen.

- Vid mjölkstas, informera kvinnan om att detta ofta förekommer och är övergående även hos kvinnor som inte har implanterat
- Vårdplanering med amningsstöd i samråd med mamman/föräldrarna

Läkemedel

Förstahandspreparat vid smärta

T. Ibuprofen 200–400 mg 1 x 4, dock högst 1200 mg/dygn. Ges med fördel i kombination med T. Paracetamol 1 g x 4 maxdos 4000 mg/dygn, jämt fördelat över dygnet om ytterligare smärtlindring behövs.

Vid överkänslighet mot acetylsalicylsyra ges endast T. Paracetamol.

Prognos

En studie visar att kvinnor som genomgått en bröstförstoring inte helammar lika ofta som icke opererade kvinnor, men att anledningarna till detta är många, *se bakgrunden* [3].

Referenser

1. Michalopoulos K. The effects of breast augmentation surgery on future ability to lactate. *Breast J.* 2007;13(1):62-7.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17214795>
2. Schiff M, Algert CS, Ampt A, Sywak MS, Roberts CL. The impact of cosmetic breast implants on breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *Int Breastfeed J.* 2014;9:17.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25332722>
3. Andrade RA, Coca KP, Abrao AC. Breastfeeding pattern in the first month of life in women submitted to breast reduction and augmentation. *J Pediatr (Rio J).* 2010;86(3):239-44.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20473476>

Utebliven mjölkproduktion

ICD-kod O92.3

Sviktande mjölkproduktion

ICD-kod O92.4

Bakgrund

En av de vanligaste orsakerna till att mammor slutar amma är upplevelsen av att det finns för lite bröstmjölk. Upplevelsen av "för lite" mjölk är oftast subjektiv men kan också bero på att mamman/föräldrarna misstolkar barnets beteende [1,2]. Ett nyfött barns behov av att vara nära och att ofta amma kan tolkas som att mamman har för lite mjölk. När mamman söker stöd på grund av liten mjölmängd är noggrann anamnes och amningsstöd av högsta vikt. Anamnesen ger ofta svar på vilka omständigheter som ligger bakom att mjölkproduktionen tycks otillräcklig och/eller upplevs som otillräcklig. Ofta finns flera faktorer som försvårat amningsstarten [1].

Förebyggande åtgärder

En viktig förebyggande åtgärd för att stimulera mjölkproduktionen första dygnet, är att uppmuntra att om möjligt i första hand ge råmjölk när barn ordinerar tillmatning. Nyfödda barn blir ofta mätta av tillmatning med formula och orkar då inte alltid suga på bröstet. Detta kan göra att bröstmjölksproduktionen försenas/hamnar på efterkälken, uppmärksamma därför föräldrarna på att det inte bör bli för glest mellan amnings-/urmjölkningsstillfällena. Uppmuntra till att stimulera bröstet, om barnet inte stimulerar genom sugning, hellre korta stunder och ofta än sällan och länge. Informera om att ju snabbare bröststimuleringen startar efter förlossningen desto snabbare kommer mer mjölk. Om barnet inte kommer igång med att suga på bröstet kan fortsatt hud-mot-hudkontakt hjälpa föräldrarna att se när barnet visar amningsbeteende.

Riskfaktorer relaterat till vådrutiner och omständigheter

- Bristande kunskaper om barnets normala sök- och sugbeteende
- Separation av mor och barn efter förlossningen
- Utebliven hud-mot-hud kontakt efter förlossningen
- Utebliven amning eller bröststimulering de första timmarna efter förlossningen
- Bristfälligt amningsstöd
- Tillmatning på icke medicinsk indikation
- Bristfälligt stöd att finna en fungerande urmjölkningsmetod för att stimulera mjölkproduktionen om barnet inte har sugit eller inte suger kraftfullt
- För tidig introduktion av amningsnapp
- Bristfällig information och utvärdering/uppföljning vid användande av amningsnapp
- Uteblivna råd att fortsätta stimulera bröstet om barnet inte suger kraftfullt vid användande av amningsnapp
- Tidig introduktion av tröstnappar och nappflaskor

Riskfaktorer relaterade till mamman

- Sectio, traumatisk förlossning, stor blödning i samband med födseln
- Sen amningsstart
- Sen start av bröststimulering
- Smärtsam amning pga t ex såriga bröstvårtor, mastit
- Smärta, stress, oro, trötthet
- Psykisk ohälsa, annat tillstånd, sjukdom hos mor, infektion, anemi, thyreoideasjukdomar och/eller BMI > 30
- Bristande stöd från omgivningen
- Kvarliggande placentarest
- Bristfälligt amningsstöd vid bröstreduktion eller annan kirurgisk bröstoperation
- Hypoplasi - minskad mängd mjölkkörtlar samt "äkta" inverterad bröstvårta - båda är mycket ovanliga tillstånd

Riskfaktorer relaterade till barnet

- Separation av mor och barn efter förlossningen med utebliven hud-mot-hud kontakt och försenat amningsbeteende
- Försenad sugstart till exempel pga illamående, läkemedelspåverkan, låg Apgar, påverkan efter förlossning
- Prematuritet
- Ikterus, infektion, missbildning
- Trötthet t ex på grund av stor viktnedgång eller långsam viktutveckling
- Oralmotoriska orsaker till sugsvårigheter, t ex kort tungband, högt gomvalv, gomspalt, lågt sugtryck
- Smärta hos barnet t ex klavikelfraktur, ont i huvudet pga sugklocka
- Tillmatning på icke medicinsk indikation
- Stillsam personlighet hos barnet samt svårtröstade barn

Undersökning/utredning

Anamnes

Se Förhållningssätt vid anamnesupptagning i fördjupningsdelen och även Att möta/föräldrar med amningsproblem

- Noggrann anamnes för att kunna ge individuella råd
- Tidigare amningsupplevelse
- Förväntningar, intention och tillit till amning
- Nuvarande livssituation, stöd och hjälp i sin omgivning

Handläggning och omvårdnad

Efterfråga kunskap och erbjud information om:

- Mjölkbildningens och utdrivningsreflexens fysiologi [2, 3]
- Barnbeteende - barnets medfödda sök- och sugbeteende
- Sugmönster relaterat till mammans utdrivningsreflex

- Effekter av hud-mot-hud
- Betydelsen av att amma på barnets signaler
- Om tröstnappen används, utvärdera hur och när och dess eventuella påverkan
- Positiva effekter av nattamning

Förslag på praktisk handläggning

- Gör en bedömning av amningsituationen med hjälp av Amningsstatus och vid behov en Amningsobservation i samråd med mamman/föräldrarna för att titta på sugmönstret för att föräldrarna ska få kunskap om amningsituationen. Uppmärksamma mamman på hur sugmönstret ser ut när utdrivningsreflexen startar samt om justeringar av barnets läge och sugtag bör göras för att få ett mer optimalt mjölkflöde. Uppmuntra vid behov att lägga barnet hud-mot-hud för att stimulera barnets amningsbeteende och för att barnet ska gapa upp stort, *se vidare i fördjupningsdelen*
- Om barnet inte ammar effektivt eller om utdrivningsreflexen är störd så påverkar det mjölmängderna negativt på sikt
- Uppmuntra till att barnet ligger hud-mot-hud
- Om barnet blir frustrerat eller snabbt somnar vid bröstet kan man råda mamma att pröva byta bröst för ökad aktivitet eventuellt amma bägge sidorna flera gånger för att stimulera till fler utdrivningsreflexer vilket leder till ökad mjölkproduktion
- Uppmuntra mamma att själv stryka över bröstet eller handmjölka försiktigt samtidigt med amningen för att ytterligare stimulera utdrivningsreflexen, detta bara om det är möjligt och att amningen inte störs
- Tillmatningset kan vara till hjälp, det innebär att barnet får urmjölkad bröstmjölk eller tillägg via en tunn sond som man tejpar på bröstet, samtidigt som barnet ammar. Detta kan göra amningen mera aktiv och på så sätt stimulera till ökad mjölkproduktion, *se amningshjälpens hemsida angående tillmatningsset*.
- Om mamman använder amningsnapp stötta i att om möjligt avveckla amningsnappen
- Om barnet suger ineffektivt eller sällan uppmuntra då till att stimulera mjölkproduktionen med handmjölkning eller bröstpump. Viktigt att individualisera även detta råd då många mammor har svårt att få igång utdrivningsreflexen med pump
- Erbjud individuellt amningsstöd i syfte att öka mjölmängderna samt hur man kan minska formula successivt
- Informera om möjligheten till samtalsstöd via MHV, BHV, Amningsmottagning, eller BUP

Läkemedel

Det finns inget läkemedel som är specifikt framtaget för att öka mjölmängden

Aktuellt kunskapsläge

Läkemedlet Domperidon har användts i ett fåtal fall i Sverige. Föräldrar skickar efter läkemedlet från USA och Canada där behandlingen är vanligare trots att studier visar blandade resultat. Domperidon är ett motilitetsstimulerande läkemedel som lindrar illamående och kräkningar [4]. Domperidon ökar nivån av prolaktin. Kontraindikationerna för Domperidon är många. Läkemedlet är föremål för utökad granskning av Läkemedelsverket och är inte godkänt för behandling av låg mjölkproduktion i Sverige. En Cochraneanalys hittade endast två relevanta studier där metaanalysen inte visade någon långsiktig positiv effekt på mjölkproduktionen [4].

Vanliga mamma till mamma råd är intag av ”amningsteer” som innehåller örter och kryddor [5]. Det saknas studier över huruvida örterna har effekt [6]. Intag av varm dryck kan fungera avslappnade och ha positiv effekt innan amningens utdrivningsreflex.

Referenser

1. Gatti L. Maternal perceptions of insufficient milk supply in breastfeeding. *J Nurs Scholarsh.* 2008;40(4):355-63.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19094151>
2. Kent JC. How breastfeeding works. *J Midwifery Womens Health.* 2007;52(6):564-70.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17983993>
3. Kent JC, Mitoulas LR, Cregan MD, Ramsay DT, Doherty DA, Hartmann PE. Volume and frequency of breastfeedings and fat content of breast milk throughout the day. *Pediatrics.* 2006;117(3):e387-95.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16510619>
4. Donovan TJ, Buchanan K. Medications for increasing milk supply in mothers expressing breastmilk for their preterm hospitalised infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;3:CD005544.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22419310>
5. Eglash A. Treatment of maternal hypergalactia. *Breastfeed Med.* 2014;9(9):423-5.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25361472>
6. Mortel M, Mehta SD. Systematic review of the efficacy of herbal galactogogues. *J Hum Lact.* 2013;29(2):154-62.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23468043>

Amningsnedläggning

ICD-kod O925

Bakgrund

Mjolkproduktionen styrs av det mjölkbildande hormonet prolaktin. Efter påbörjad amning regleras mjölkproduktionen genom barnets stimulering av mammans vävnad och hur ofta bröstet töms. Amningsnedläggning kan ske på naturlig väg eller med hjälp av läkemedel. Forskningen visar svagt stöd för att läkemedel underlättar amningsnedläggningen hos kvinnor som inte påbörjat amning. Läkemedel för amningsnedläggning är i vissa fall kontraindicerade och har ett flertal biverkningar. Kvinnan bör få information om för- och nackdelar med olika alternativ. Även om amning inte påbörjats sker en ökad genomblödning som kan medföra ömhet och svullnad under 2–5 dagar efter förlossningen. Om amning inte påbörjats försvinner besvären efter ungefär en vecka. Ibland ses övergående smärta, sjukdomskänsla och temperaturstegring. Förloppet påverkas inte av huruvida kvinnan tar läkemedel eller inte. Minskning av mjölkproduktionen sker alltid successivt oavsett om läkemedel ges eller inte. Mjolk kan fortsätta bildas under dagar till veckor. Bröstömhet och svullnad kan förekomma.

Undersökning/utredning

Anamnes

Det är viktigt att låta kvinnan ta beslutet själv och göra ett informerat val av nedläggningsmetod. Orsaken till amningsnedläggning kan vara många, initialt och även senare kan det handla om att kvinnan inte kan, får eller vill amma som att barnet successivt börjat äta annan mat. Kvinnan kan också ha svåra amningsproblem som inte är hanterbara för henne.

Handläggning och omvårdnad

Omvårdnadsåtgärder vid naturlig nedläggning kan med fördel även användas vid medicinsk nedläggning. Amningsnedläggningen blir mer skonsam om den sker successivt. För att undvika större besvär kan följande rekommenderas:

- Tight/fast behå som inte "skär" in i bröstet, modell sportbehå brukar uppskattas och kan gärna användas dygnet runt
- Vid kraftigt spända bröst, "lätta på trycket" genom att handurmjölka eller pumpa ut mjölk så att spänningen lättar något
- Vid smärta lindra med värme, kyla och/eller värktabletter så att det allmänna välbefinnandet förbättras
- Planera amningsnedläggningen om möjligt till lämplig tidpunkt
- Vid nedläggning direkt efter förlossningen, informera kvinnan om det naturliga förloppet med ökade bröstspänningar inom 2–5 dagar efter förlossningen
- Undvik att stimulera bröstet

Läkemedel

Vid ambivalens inför nedläggningen avvakta med medicinering

Vid behov av medicinering rekommenderas Bromokriptin.

Kabergolin bör inte rekommenderas på BB för de kvinnor som inte vill amma eftersom det försvårar möjligheten att återuppta amningen om de ångrar sig. Kabergolin har en halveringstid som är lång och det tar ca 2–3 veckor innan läkemedlet är ur kroppen och det är kontraindicerat att amma under denna tid.

Smärtlindring

Vid besvärande symtom på svullnad eller obehag kan smärtstillande ges:

Förstahandspreparat vid smärta

T. Ibuprofen 200–400 mg 1 x 4, dock högst 1200 mg/dygn. Ges med fördel i kombination med T. Paracetamol 1 g x 4 maxdos 4000 mg/dygn, jämt fördelat över dygnet om ytterligare smärtlindring behövs.

Vid överkänslighet mot acetylsalicylsyra ges endast T. Paracetamol.

Farmakologisk nedläggning av amning

T. Kabergolin 0.5 mg, 2 tabletter som engångsdos, ges inom 24 timmar postpartum. Alternativt kan T. Bromokriptin 2.5 mg 1 x 2 ges under 14 dagar.

Det är viktigt att observera att läkemedlen för amningsnedläggning har många vanliga biverkningar att beakta.

Observera att det finns en del allvarliga men sällsynta biverkningar för dessa läkemedel. *Se vidare i Janusinfo, www.janusinfo.se eller LactMed®, www.toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm*

Kontraindikationer

- Känd psykos i anamnes eller där risk för postpartum psykos anses föreligga
- Preeklampsi eller hypertension
- Måttligt till gravt nedsatt leverfunktion

Försiktighet bör iakttas vid

- Allvarlig kardiovaskulär sjukdom
- Magsår eller gastrointestinal blödning
- Nedsatt njurfunktion
- Raynaud´s sjukdom

Aktuellt kunskapsläge

Det förekommer att läkemedel sätts in för amningsnedläggning utan information om alternativ nedläggningsmetod och risk för biverkningar [1].

Ett traditionellt råd i befolkningen för att minska mjölkproduktion är intag av örtekryddan salvia. Salvia har visats ha hämmande effekt på utsöndring av kroppsvätskor. Studier saknas angående effekt av salvia på mjölksekretion [2, 3].

Ett vanligt råd är också att linda brösten men med dagens utmärkta tajta linnen och sportbehåar så kan de ha samma effekt och ge ett fast skönt stöd för ömmande bröst.

Referenser

1. Oladapo OT, Fawole B. Treatments for suppression of lactation. Cochrane Database Syst Rev. 2012;9:CD005937. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22972088>
2. Eglash A. Treatment of maternal hypergalactia. Breastfeed Med. 2014;9(9):423-5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25361472>
3. Budzynska K, Gardner ZE, Dugoua JJ, Low Dog T, Gardiner P. Systematic review of breastfeeding and herbs. Breastfeed Med. 2012;7(6):489-503. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22686865>

Läkemedelsanvändning - narkos och röntgen vid amning

Rekommendationerna i vårdprogrammet gäller endast för mammor med friska barn födda efter vecka 38, i övriga fall i samråd med barnläkare.

Observera angående läkemedel, narkos och röntgen vid amning

Tredos-regim för PC

Tredos-regim för PC- preparat rekommenderas under graviditet och amning. Under graviditeten ökar plasmavolymen med upp till 50 %, samtidigt som den glomerulära filtrationen ökar och den tubulära reabsorptionen minskar. Serumnivåerna av läkemedel är då otillräckliga för terapeutisk effekt. En förändrad njurfunktion kvarstår efter förlossningen. Njurgenomblödningen återställs till pregravid nivå efter 4–8 veckor [1]. Patientens vikt och längd inverkar också på behovet av läkemedelsdosen [2]. De rekommenderade läkemedlen anses som ”säkra” vad gäller friska, fullgångna barn. ”Vid amning säkra läkemedel” menas att det är ytterst osannolikt med allvarlig påverkan på det ammade barnet. De flesta läkemedlen går över till barnet i små mängder, därmed kan exempelvis barnets tarmflora påverkas.

Det är viktigt att inte överskrida rekommenderad dos och behandlingstid samt att fördela dosen jämnt över dygnets timmar.

Amning vid narkos

Mamman behöver inte mjölka ur och kasta mjölken i samband med narkos. Kvinnor med fullgångna friska barn och äldre spädbarn kan amma sina barn när de känner sig tillräckligt vakna och pigga efter narkos [3]. Detta är ett tillräckligt bra tecken på att narkosmedlet har försvunnit ur cirkulationen och därmed ur bröstmjölken. Läkemedel med långa halveringstider eller läkemedel som har aktiva metaboliter med långa halveringstider bör undvikas eller användas med stor försiktighet eftersom det finns risk för ackumulering hos barnet. Detta gäller till exempel diazepam, oxycodon, kodein och petidin. Amning under långtidsbehandling med övriga bensodiazepiner och opioider bör värderas individuellt [4, 5].

Amning i samband med röntgenundersökning och ultraljud

Vid undersökning med magnetröntgen (MR) går endast en liten del av kontrastmedlet över till bröstmjölken och har vad man vet ingen påverkan på barnet. Magnetfältet har ingen som helst påverkan på bröstmjölken. Jodkontrastmedel används vid radiologiska undersökningar som t ex datortomografi (DT), venografi, urografi, angiografi och olika terapeutiska interventioner [6, 7]. Amning kan fortsätta som vanligt efter administrering av jodkontrastmedel till mamman då dosen till barnet endast är en bråkdelen av vad nyfödda tolererar vid diagnostiska undersökningar [8].

Jodkontrastmedel utgörs av trijoderade benserivat och karakteriseras av hög vattenlöslighet, extracellulär distributionsvolym och utsöndring via glomerulär filtration. I Sverige finns för närvarande två typer av jodkontrastmedel, dels ett isoosmolärt som är isotont med plasma i alla koncentrationer ([jodixanol](#), [Visipaque](#)), dels övriga vilka är lågosmolära, isotona till hypertona i plasma beroende av koncentration ([johexol](#), [Omnipaque](#), m fl).

För mer information och frågor

Janus

Janusinfo innehåller kommersiellt obunden läkemedelsinformation riktad till läkare och sjukvårdspersonal. Webbplatsen är även informationskanal för Stockholms läns läkemedelskommitté www.janusinfo.se

LactMed®

National Institutes of Health, US, erbjuder information från databasen LactMed®. Här finns information om läkemedel och kemikalier i samband med amning. Informationen inkluderar koncentration av olika ämnen i bröstmjölk, eventuella negativa effekter för barnet, och föreslag till behandlingsalternativ. Informationen är gratis att använda och finns även som en app för Apple och Android-enheter.

<http://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>

Läkemedelsinformationscentraler (LIC)

Frågor kan ställas till regionala läkemedelsinformationscentraler (LIC). Det finns sex regionala LIC i Sverige. På LIC samarbetar farmaceuter och kliniska farmakologer för att svara på frågor om läkemedel från sjukvård och apotek.

www.lic.nu

Stockholm

Karolic

Tfn: 08-585 810 60

e-

post: karolic@karolinska.se

Göteborg

LUPP

Tfn: 031-342 85 65

e-post:

lupp.su@vgregion.se

Uppsala

ULIC

Tfn: 018-611 20 10

e-post: ulic@lul.se

Linköping

LiLi

Tfn: 010-103 33 23

e-post:

Lili@regionostergotland.se

Umeå

ELINOR

Tfn: 090-785 39 10

e-post:

elinor@vll.se

elinor@pharm.umu.se

Lästips

Amir LH, Pirotta MV, Raval M. Breastfeeding—evidence based guidelines for the use of medicines. *Aust Fam Physician*. 2011;40(9):684-90.

<http://www.racgp.org.au/download/documents/AFP/2011/September/201109amir.pdf>

Referenser

1. Tracy TS, Venkataramanan R, Glover DD, Caritis SN, National Institute for Child H, Human Development Network of Maternal-Fetal-Medicine U. Temporal changes in drug metabolism (CYP1A2, CYP2D6 and CYP3A Activity) during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192(2):633-9.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15696014>
2. Lakehal F, Dansette PM, Becquemont L, Lasnier E, Delelo R, Ballardur P, et al. Indirect cytotoxicity of flucloxacillin toward human biliary epithelium via metabolite formation in hepatocytes. *Chem Res Toxicol*. 2001;14(6):694-701.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11409940>
3. Glader EL, Spigset O. Ska ammande mammor slänga mjölken efter narkos? *Läkartidningen*. 2009;106(4):220-2.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19297835>
4. Ito S. Drug therapy for breast-feeding women. *N Engl J Med*. 2000;343(2):118-26.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10891521>
5. Seaton S, Reeves M, McLean S. Oxycodone as a component of multimodal analgesia for lactating mothers after Caesarean section: relationships between maternal plasma, breast milk and neonatal plasma levels. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2007;47(3):181-5.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17550483>
6. Nationella rekommendationer för jodkontrastmedelsanvändning.: Svensk Förening för Bild- och Funktionsmedicin (SFBFM); 2014.
<http://www.sbfm.se/sidor/jodkontrastmedel/>.
7. Kontrastmedel, gravid - amning - barn: Svensk Förening för Bild- och Funktionsmedicin (SFBFM); 2013
http://www.sbfm.se/files.aspx?f_id=107425
8. Jodkontrastmedel vid röntgenundersökningar.: Internetmedicin;
<http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=5457>

Fördjupning

Hjälp för utredning och handläggning

Att möta föräldrar med amningsproblem
och/eller bröstkomplikationer

Anamnes vid telefonrådgivning
eller på mottagning

Undersökningsmetoder

Amningsstatus,
Hur amningen fungerar just nu?

Amningsobservation

Oralmotorisk undersökning
Kort tungband/läppband

Urmjolkning vid bröstkomplikation

Strategier, riktlinjer och regelsystem
i Sverige

Amningshjälpmedel

Att möta kvinnor med amningsproblem eller bröstkomplikationer

När en kvinna söker hjälp för amningsrelaterade problem bör hon tas på allvar. Att förlora känslan av kroppskontroll i en amningssituation kan många kvinnor beskriva som oerhört påfrestande, en känsla som lätt kan sänka självförtroendet. Amningen uppfattas av de flesta som något naturligt och därmed enkelt och som borde fungera av sig självt [1]. Många nyblivna mödrar ser på amning och moderskap som sammanhängande och oskiljaktiga [2, 3]. Socioekonomiska, kulturella och sociala faktorer påverkar amningens framgång och duration [1]. Högre utbildningsnivå, att ha en partner, basamningskunskaper och stöd från omgivning påverkar positivt på amningsupplevelsen. Tidigare fungerande amning, bra självförtroende och självkänsla påverkar amning gynnsamt.

Omvårdnadspersonalens och läkarens viktiga roll - bemötande och ordval spelar stor roll för amningen

Kvinnor som upplevt gott stöd från omvårdnadspersonalen helammar längre [4]. Om mamman upplever att hon inte har förmåga att amma barnet kan det leda till att hon känner sig misslyckad och får känslor av skam [5]. Hon kan uppleva det som att hon inte har förmåga att realisera samhällets eller sina egna förväntningar på sig själv, självrespekten och självkänslan kan då rasa.

När amningen inte fungerar så som mamman/familjen tänkt och hoppats kan det utlösa en krisreaktion hos mamman på samma vis som vid andra kriser i livet [3]. Det första som händer är att man hamnar i en chockfas; man tar "inte in" det som är. Nästa fas är ofta en period av förnekelse, man hoppas att det inte är sant och att saker och ting snart löser sig, man knyter sig inom sig själv och drar sig tillbaka, man ältar det som varit och har svårt att se framåt. Därefter kommer en fas där man blir medveten om sin situation och inser att man är i behov av stöd och hjälp. Det är ofta i denna fas som kvinnan söker hjälp på Amningsmottagningarna.

Självförtroendet har ofta åkt i botten; men här finns möjlighet för att en vändning kan ske. Med rätt bemötande kan mamman acceptera sin situation, vara välvilligt inställd till hjälp och börja se framåt igen. Så påbörjas en nyetableringsfas där mamman är öppen och villig att testa nya sätt [3].

Hur mamman blir bemött i den här situationen kan spela stor roll för hur hon upplever sin situation. Kan mamman träffa en personal som hon känner förtroende för, där personalen har förmåga att lyssna och ta in hela hennes situation, där mötet vilar på tillit mellan de båda kan det ge mamman modet att berätta.

"Hitta mamman där hon är"

Personalens utmaning är att förstå var i processen mamman befinner sig och börja där. Det innebär att inte rutinmässigt ge vägledning och goda råd förrän personalen fått kunskap om vad som tidigare sagts, hur mamman upplever situationen, vad hon redan provat, vad som har fungerat bra eller mindre bra och vad mamman själv har för idéer om orsak och åtgärder.

Oavsett vad som föranlett amningsproblemet är det viktigt att försöka förstå kvinnans hela livssituation, att ge gott om plats för samtalet. Kvinnor har ofta själva en god förmåga att bedöma sina symtom i relation till vilket problem de har [6].

Genom att tillvarata mammornas egna resurser stärker vi deras självförtroende. Ett professionellt bemötande och omhändertagande hjälper också kvinnorna att själva förebygga ytterligare komplikationer, och stärker dem i deras förmåga att fortsätta amma.

När amningen känns oöverstiglig

Ibland kan ett amningsproblem kännas oöverstigligt och kvinnan önskar i det akuta skedet att lägga ned amningen. Det finns risk för att man i en sådan påfrestande situation fattar ett förhastat beslut. Vill mamman inte amma just då, och därför vill ha hjälp att trappa ned amningen, ska hon veta att hon kan öka mjölkproduktionen och ta upp amningen på nytt, utifrån att hon så önskar. Som personal är det vår skyldighet att ge råd utifrån den samlade kunskap som finns och på så vis erbjuda vägledning med ett informerat val [7, 8]. Men självklart är det kvinnan själv som avgör huruvida hon vill försöka amma eller inte.

Kvinnor med oro eller tidigare negativa amningsupplevelser

Under samtalet ges den gravida möjligheten att beskriva sina förväntningar, tankar, kunskaper och/eller eventuella oro eller rädsla inför den första tiden med barnet och amningen, se vidare SLL:s Amningsstrategin, avsnitt MHV på Vårdgivarguiden [9] www.vardgivarguiden.se

Omfödreskor som upplevt att tidigare amning var traumatisk eller upplever skuld känslor bör erbjudas extra amningsförberedande samtal på Barnmorskemottagning/Mödravårdscentral eller på Amningsmottagning. Amning är något som berör kvinnor men även deras partner. Den andra föräldern har en viktig roll för amningen. Kvinnor som upplever problem med amning önskar ofta stöd från sin partner. Många partner kan känna sig oförberedda på vad som förväntas av dem och kan behöva kunskap om hur de kan ge stöd till sin kvinna [10].

**Alla gravida bör erbjudas samtal om amning,
helst inte senare än i andra trimestern.**

Referenser

1. Dahl L. Amningspraktikens villkor: en intervjustudie av en grupp kvinnors föreställningar om, förväntningar på och erfarenheter av amning [doktorsavhandling]. Göteborg: Göteborgs universitet; 2004.
2. Palmer L, Carlsson G, Mollberg M, Nystrom M. Severe breastfeeding difficulties: existential lostness as a mother-Women's lived experiences of initiating breastfeeding under severe difficulties. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2012;7.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22312409>
3. Zwedberg S. Ville amma!: en hermeneutisk studie av mödrar med amningsbesvär: deras upplevelser, problemhantering samt amningskonsultativa möten [doktorsavhandling]. Stockholm: Stockholms universitet; 2010. <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:su:diva-38122>
4. Ekström A. Amning och vårdkvalitet = Breastfeeding and quality of care [doktorsavhandling] Stockholm: Karolinska Institutet; 2005.
<http://tinyurl.com/on46727>
5. Labbok MH. Transdisciplinary breastfeeding support: creating program and policy synergy across the reproductive continuum. *Int Breastfeed J*. 2008;3:16.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18680583>
6. Lundin C. Svenska storstadskvinnans symtom och behandling vid mjölkstockning [magisteruppsats]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2005.
7. SFS 2014:821. Patientlag. Stockholm: Socialdepartementet.
<http://tinyurl.com/qbyw9us>
8. Patientlagen ska stärka patientens ställning. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting (SKL); 2015 [läst okt 2015].
<http://skl.se/halsasjukvard/patientinflytande/patientlagen.2013.html>
9. Amningsstrategi för personal i vårdkedjan. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2015 [läst okt 2015].
<http://www.vardgivarguiden.se/omraden/bvc/regionala-riktlinjer/mat/amningsstrategi>
10. Tohotoa J, Maycock B, Hauck YL, Howat P, Burns S, Binns CW. Dads make a difference: an exploratory study of paternal support for breastfeeding in Perth, Western Australia. *Int Breastfeed J*. 2009;4:15.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19943958>

Anamnes vid telefonrådgivning och på mottagning

Förhållningssätt vid anamnesupptagning och samtal

I samtalet med kvinnan/föräldrar använd frågeorden ”hur, när, vad, vilka”, ord som fördjupar och leder samtalet framåt. Lyssna in kvinnans/föräldrarnas inställning till att amma, förväntningar, önskemål om stöd. Motiverande samtal (MI) är en utmärkt metod att använda i mötet med kvinnor/föräldrar med amningsproblematik. MI förespråkar ett förhållningssätt som bör vara empatisk, respektfullt, jämlikt, öppet, värderingsfritt, accepterande, neutralt, stöttande och stärkande av tilltron till den egna förmågan [1].

Förslag på frågor som leder samtalet framåt

Det är viktigt att bekräfta kvinnan i hennes upplevelser.

- Hur upplever hon amningen i stort, hur trivdes hon med amningsstunderna innan det blev problem?
- När började amningssvårigheten, var det något speciellt som utlöste det hela?
- Det är bra att fråga om vilka tankar om amningen hon hade redan under graviditeten och därefter också penetrera vilket stöd hon har i sin omgivning
- Hur har hon försökt att lösa amningsproblemet/en, vilka råd har hon tidigare fått?
- Vad har fungerat bra, vad har inte fungerat?
- Bekräfta, uppmuntra det positiva, ge stöd och råd utifrån kvinnans erfarenheter.
- Ge gärna alternativa lösningar på problemet. Gör kvinnan/föräldrarna delaktiga i omvårdnadsplaneringen och behandlingen
- Följ upp och utvärdera omvårdnadsstrategin så att den känns hanterbar för kvinnan
- Dokumentera noga

Anamnes mer specifikt vid bröstkomplikationer

Anamnes för övriga tillstånd, se respektive avsnitt

Diagnos vid bröstkomplikationer ställs genom noggrann anamnes. Tidsförloppet är viktigt för rätt diagnos och bedömning, för att ta ställning till om kvinnan kan stanna i hemmet och påbörja egenvård eller om kvinnan behöver komma till en mottagning för bedömning. Det är också bra att försöka hitta eventuella riskfaktorer till bröstkomplikationen så att den/de kan åtgärdas för att inte komplikationen ska upprepas.

Frågor att ställa för bedömning, uteslutande av riskfaktorer och för vidare handläggning

- **Mammans allmäntillstånd.** Feber, smärtstatus, sömn, vila, vätske- och näringsintag?
- **Uteslut andra vanliga orsaker** med liknade symptom som är mer eller mindre vanliga under puerperiet; endometrit, djup ventrombos/lungemboli, urinvägsinfektion, övre luftvägsinfektion och virus. Detta för bedömning om kvinnan kan stanna i hemmet och påbörja egenvård. Vid feber i puerperiet bör alltid risk för diagnoserna ovan beaktas. Anamnesen är här av primär vikt. När mjölk pressas ut i blodbanan uppstår en immunologisk reaktion som liknar en infektionsstart. Kvinnan får feber, ont i kroppen och allmän sjukdomskänsla.
- **När började symtomen samt tidigare symtom.** Tidsförloppet är viktigt. Har kvinnan haft bröstproblem tidigare under amningsperioden. Om kvinnan tidigare haft resistenser, har de varit på samma ställe eller uppkommer de på nya ställen?
Bra att tänka på: Vid abscess kan symtomen komma och gå med ingen eller något förhöjd kroppstemperatur.
- **Bröststatus.** Jämn spändhet på båda brösten, lokala knölar, rodnad, värmeökning, sår på bröstvårtan. Bra att tänka på: de första tre till fyra dagarna kan etablering av mjölken ge generellt spända bröst och lätt temperaturhöjning.
Bra att tänka på: Sår ökar risken för bröstinfektion.
- **Barnstatus Barnet fullgånget/prematurt,** ålder, viktutveckling och allmäntillstånd – urin, avföring, infektioner eller andra tillstånd i anamnesen. Barnets beteende vid bröstet: skrik, värjer sig, tar tag släpper, somnar.
Bra att tänka på: Vid smärta hos mamman kan oralmotoriska tillstånd hos barnet som kort tungband behöva uteslutas.
- **Mammans upplevelse av amningen.** Känslor vid amningen, tillfredsställelse, rädsla, oro, olust, smärta, omgivningens stöd. Bedöm behovet av samtalsstöd.
- **Uppfödning** förutom bröstmjölk. Introduktion av annan mat kan ändra amningsmönstret och barnets beteende och vara en riskfaktor för mastit.
- **Hjälpmedel Pump,** amningsnapp, nappflaska, tröstnapp.
Bra att tänka på: är det nyinsatt och/eller kan något justeras för att minska risken för att det används "felaktigt".
- **Amningsstatus.** Utvärdera hur amningen fungerar, även vid telefonsamtal genom att ställa 5 frågor; 1) barnets tag om bröstvårtan (stort/litet), 2) mammans känsla (hanterbart/smärtsamt), 3) barnet sugkraft (kraftfullt/ej kraftfullt), 4) sugmönster (kan tydligt ses/inte ses) och 5) bröstvårtans utseende efter amning, (opåverkad/klämd). *Se vidare Amningsstatus.*
- **Amningsobservation** Vid behov och när mamman är på mottagning gör en Amningsobservation i samråd med mamman/föräldrarna för en mer fördjupad bild av amningssituationen. *Se vidare Amningsobservation*
- **Amningsfrekvens/duration/intervall?** Har någon förändring skett? Vem avslutar amningen?
Bra att tänka på: Om inga förändringar skett i amningsmönstret och amningsbeteendet hos barnet, uppmuntra mamman att fortsätta amma som tidigare.
- **Utvärdera tidigare vårdkontakter och redan påbörjade åtgärder.** Vilka åtgärder har mamman prövat, vilka har fungerat och hur har mamman upplevt stödet.
Bra att tänka på: Det är alltid viktigt att lyssna efter tidigare råd, hur den hjälpsökande mamman har uppfattat råden och hur de hjälpt. Utvärdera dessutom hur hon uppfattat de eventuellt nya råden hon fått, om de är hanterbara för henne.
- **Dokumentation.** Journalen ska innehålla en tydlig omvårdnadsdokumentation om amningen som utgår från patientens individuella behov. Uppräta en vårdplan som antecknas i journalen för uppföljning.

Generell rådgivning

- Bekräfta och avdramatisera genom att lugna kvinnan och anhöriga
- Ge saklig information om tillståndet
- Undvik att problematisera det som är normalt och lyft fram det positiva
- Tala om att bröstmjölken har positiva effekter för barnet trots bröstkomplikationen
- Uppmuntra mamman att vila, samt fortsätta amma om möjligt
- Stöd kvinnan till minskad stress om hon känner sig stressad

Referenser

1. Personcentrerat förhållningssätt - en förutsättning för förändring. I: Regionalt vårdprogram för hälsofrämjande levnadsvanor. Stockholm: Stockholms läns landsting (SLL); 2015. s. 11-7.
<http://www.vardgivarguiden.se/behandla/regionala-vardprogram/vardprogram/halsoframjande-levnadsvanor/>

Undersökningsmetoder

Inspektion och palpation av bröst

- Informera patienten
- Följ basala hygienrutiner
- Visuell inspektion, bägge brösten, observera ödem, svullnad, rodnad, sår, asymmetri, förskjuten eller indragen bröstvårta. Ibland kan det synas bättre om kvinnan lufter upp armarna. Om sår på bröstvårta- lokalisera var, hudförändringar, inspektera vårtgård samt eventuella ärr på bröstet.
- Palpation av bröst, sittande/liggande, konsistenförändring/resistens, fluktuation, värmeökning.
- Palpera försiktigt med lätta fingertoppar. För systematik dela upp bröstet i fyra kvadranter (övre yttre, övre inre, nedre yttre, nedre inre), bra systematik kan vara att utgå från klockan (t ex övre yttre klockan 13).

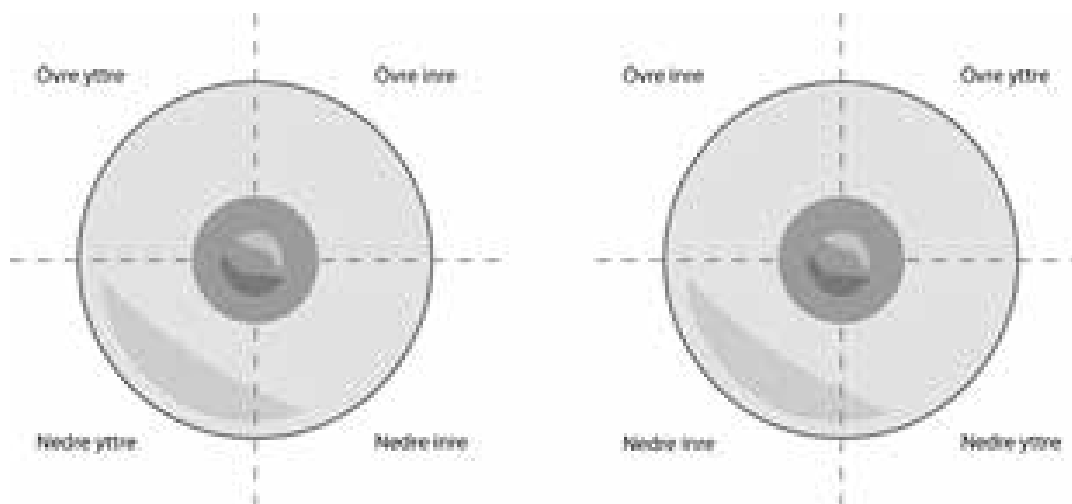


Bild: Hanna Säll Everö

Odlingsteknik

Bakgrund

AMSAK rekommenderar att behandling ges utifrån kliniska symptom och att odling rekommenderas i samband med antibiotikabehandling för att vid behov kunna justera behandlingen. Strama, Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens rekommenderar att odling bör tas före behandling med antibiotika pga att det ökade användandet lett till en ökad mängd resistent bakterier.

www.strama.se,

Observera! Risk för kontamination från huden vid provtagning av bröstmjölk. Vid kraftig uttalad smärta kan kvinnan ha svårt att mjölka ur för odling.

Såroddling och bröstmjölksodling

- Be mamman tvätta och sprita händerna
- För personal gäller sedvanliga basala hygienrutiner och rena engångshandskar vid provtagningstillfället
- Innan provtagning ammar eller mjölkar kvinnan ur om möjligt
- Bröstvårta och vårtgård tvättas med ren NaCl kompress alt. spola rent med NaCl, om krusta finns försök ta bort denna
- Ta med odlingspinnen i gränsen frisk och infekterad vävnad
- En odlingspinne/rör för varje odling
- Vid frågeställning candida, skrapa med pinnen i kanten av misstänkt candidaväxt
- Vid odling av bröstmjölk låt mjölken droppa/stråla direkt i odlingsröret för att undvika kontakt med huden så gott det går

Observera! Lämnas snarast till laboratoriet.

Svarsrutiner

Bakterieodling: svar lämnas inom 1–3 vardagar

Svampodling: positivt svar lämnas så snart växt framkommit
negativa svar efter ca 1 vecka

MRSA-DNA: svar inom 1–2 vardagar

Källa: Klinisk mikrobiologi Karolinska Universitetssjukhuset

Aktuellt kunskapsläge

Odlingstekniken vid bakterier och svamp varierar i olika studier. Studierna skiljer sig huruvida man tvättat bröstet eller inte, om man tvättat med NaCl eller alkohol eller om kvinnan mjölkat ur några ml före eller inte [1–5].

Referenser

1. Kvist LJ, Larsson BW, Hall-Lord ML, Steen A, Schalen C. The role of bacteria in lactational mastitis and some considerations of the use of antibiotic treatment. *Int Breastfeed J.* 2008;3:6.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18394188>
2. Spencer JP. Management of mastitis in breastfeeding women. *Am Fam Physician.* 2008;78(6):727-31.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18819238>
3. Österman KL, Rahm VA. Lactation mastitis: bacterial cultivation of breast milk, symptoms, treatment, and outcome. *J Hum Lact.* 2000;16(4):297-302.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11155607>
4. Amir LH, Cullinane M, Garland SM, Tabrizi SN, Donath SM, Bennett CM, et al. The role of micro-organisms (*Staphylococcus aureus* and *Candida albicans*) in the pathogenesis of breast pain and infection in lactating women: study protocol. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2011;11:54.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21777483>
5. Cantlie HB. Treatment of acute puerperal mastitis and breast abscess. *Can Fam Physician.* 1988;34:2221-6.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21253250>

Amningsstatus

Fem frågor för att utvärdera, handlägga och underlätta amningssituationen

(även vid telefonrådgivning)

Fem enkla frågor kan ställas till föräldrarna, dels för att göra föräldrarna mer delaktiga i amningen och dels för att utesluta att barnet har för litet tag om bröstet. För litet sugtag är den vanligaste riskfaktorn till de flesta amningsproblem och bröstkomplikationer som presenteras i detta vårdprogram. Ett för litet tag kan orsaka sår på bröstvårtorna, smärta, hämma mjölkflödet, leda till mastit och en otillräcklig viktutveckling för barnet. Frågorna kan enkelt ställas per telefon och vid besök på mottagningen. Frågorna behöver inte ställas i samband med amning..

- 1. Barnets tag om bröstet** – barnet bör gapa upp stort, detta för att barnet ska få in så mycket bröst i munnen som möjligt och inte bara bröstvårtan.

Förslag till åtgärd om barnet inte gapar stort

Underlätta genom att barnet kommer riktigt nära bröstet, att hakan ligger tätt intill bröstet hela tiden och att barnet får slicka och smacka en stund tills tungan syns mer utanför underläppen. Om mamman sitter lite tillbakalutad så kan hon utnyttja barnets tyngd för att få barnet riktigt nära. Hud-mot-hudkontakt stimulerar detta amningsbeteende så att barnet öppnar munnen stort.

- 2. Mammans upplevelse av smärta vid amning** – amning kan kännas smärtsam i början, de första tagen, men smärtan bör släppa efter en kort stund och kännas mer hanterbar. Skatta smärtan med VAS.

Förslag till åtgärd vid smärta

Om smärtan inte släpper utan är ihållande beror det oftast på att barnet har ett för "litet" tag om bröstet. Även här är det viktigt att barnets haka ligger mycket tätt intill mammans bröst. Låt barnet ta ett nytt tag och låt barnet slicka, smacka och "roota" tills barnet gapar "stort". Mamman kan prova andra amningsställningar och även ta smärtlindrande läkemedel tills det känns bättre. *se ordlista angående smärtskattning, VAS-visuell Analogskala*

- 3. Mammans upplevelse av barnets sugkraft** – mamman bör känna att barnet suger kraftfullt och att det kan dra i bröstet.

Förslag till åtgärd om barnet bara småsuger

Om mamman inte känner så mycket kan det även här handla om att barnet inte kommit tillräckligt nära för att få ett bra tag. Mamman kanske inte släpper mjölken och barnet slutar då suga eller att barnet har blivit tillmatat med extra mat vid sidan av amningen och därav inte suger kraftfullt. Mängden formula bör då ses över och utvärderas om den kan minskas.

- 4. Barnets sugmönster/rytm** – barnet börjar suga med små korta sug och efter en kort paus bör sugandet bli mer rytmiskt med större och djupare sug, barnet tar korta pauser i sugandet. Till en början knyter barnet händerna och "tar" i med hela kroppen. Efter en stund blir det lite längre pauser, sugandet minskar i intensitet och barnet blir mer avslappnat för att till slut släppa bröstet och/eller somna.

Förslag till åtgärd om barnet suger frenetiskt utan pauser, tar tag och släpper upprepade gånger, skriker eller somnar på en gång så kan orsaken t ex vara att, utdrivningsreflexen tar tid på sig. Det kan bland annat hända vid smärta, oro, stress

och vid låg tillit till amning. Om möjligt hitta copingstrategier för känna sig lugn och avslappnad.

5. Bröstvårtan form efter amning – bröstvårtan bör vara opåverkad, kanske något utdragen efter amningen.

Förslag till åtgärd om bröstvårtan är klämd/snedsugen efter amningen vilket är ett tecken på att barnet haft ett för litet tag om bröstvårtan eller legat för långt åt det hållet bröstvårtan lutar åt. Oftast är det någon av punkterna ovan som då inte fungerar och kan åtgärdas enligt något förslag i punkterna ovan.

Utvärdera och se om någon eller några punkter bör följas upp.

Upprätta tillsammans med föräldrarna en handlingsplan som känns hanterbar.

Barnets tag om bröstet och hur bröstvårtan kan se ut direkt efter amning



Foto: Amningscentrum Karolinska

Denna mamma har fått höra flera gånger att amningen ser bra ut och att barnets tag om bröstet är bra men mamma har ont och har haft sår i flera veckor. Bröstvårtan visar tydligt att barnet haft ett litet tag som har orsakat att bröstvårtan klämts underifrån. Bilden till höger är tagen ovanifrån och visar att barnet ligger aningen för nära bröstvårtan med underläppen. En bra måttstock på ett bra läge är att vårtgården syns mer ovan barnet näsa vilket det inte gör på denna bild. Bilden till vänster är tagen framifrån och visar att underläppen och tungan legat nära och tryckt/klämt till bröstvårtan. Den vita pricken är en sugblåsa som bildats på toppen.

Amning i en bakåtlutad position – barnet leder amningen



Bilder: Lisen Forsberg

Bilderna visar amning i bakåtlutad position. Mamman kan luta sig något bakåt ca en 45 gradig vinkeln, denna ställning är bra att rekommendera t ex vid amningssvårigheter, om barnet inte gapar upp stort, om mamman upplever att det är svårt att hålla barnet mycket nära och om mamman vill vila under amningen. Mamman kan ha en sjal eller uppknäppt skjorta på sig om det känns kallt eller om mamman inte vill exponer sig, barnet kan ha en lätt filt över ryggen. Fördelen med denna ställning då barnet inte gapar upp stort är att hud-mot-hudkontakten stimulerar amningsreflexerna samt att tygnd-lagen gör att barnet verkligen kommer riktig nära. Barnet har möjlighet att själv ta bröstet när barnet är beredd. Ibland beroende på bröst kan bröstet behöva stödjas/formas med mammans hand. Bra att stötta upp med kuddar under mammans armar så att barnet ligger säkert och inte ramlar ner på sidorna. Informera mamman om att hålla ögonen på barnets näsa så barnet får luft, speciellt vid lite större bröst och/eller mycket mjuka bröst.

Amningsobservation

Amningsobservation är en systematisk observationsmetod där personal och föräldrar tillsammans försöker se vad som kan underlätta amningen. I amningsstarten är det viktigt att vara noga med att barnet kommer tätt intill bröstet, tar ett stort sugtag och ligger riktigt nära bröstet under hela amningen för att inte skapa onödig belastning på bröstvårtorna.

Under amningsobservation kan man med fördel belysa och förklara barnets beteende vid bröstet. Föräldrarna bör ges stort utrymme att få ställa frågor och ta upp egna funderingar. Det finns många olika amningsobservationsdokument/instrument med i stort sätt samma budskap och flera av dem är validerade [1, 2]. Nyttan av att göra en amningsobservation har utvärderats och visat att mödrar har färre amningsproblem när en amningsobservation gjorts innan de lämnat sjukhuset.

Råd

- Förhållningssättet bör vara ödmjukt och tillåtande
- Undvik tillrättavisningar och värderande ord som rätt och fel!
se vidare förhållningsätt vid anamnesupptagning och samtal generellt
- Observationen görs i samråd med mamman - om möjligt gör båda föräldrarna delaktiga
- Använd visuella hjälpmedel t ex docka och tygbröst istället för att som personal använda sina egna händer på barnet och kvinnans bröst
- Bekräfta och lyft fram det positiva - undvik pekpinnar

<p>Amningsobservation</p> <p>Observera följande:</p>
<p>1. Samspelet mellan mamma och barn före - under - efter amningen.</p>
<p>2. Barnets amningssignaler/sugbeteende före - under - efter amningen.</p>
<p>3. Mammans amningsställning Avslappnad och bekväm (sittande/liggande).</p>
<p>4. Barnets läge vid bröstet Vänt mot mamman - nära - huvud och kropp i rät linje - huvudet bakåtlutat - hakan rör vid mammans bröst. Obs! Bröstvårtans riktning!</p>
<p>5. Barnets tag om bröstet/sugteknik Gapar stort - tungan ner - tar tag om bröstet - håller taget - suger nutritivt (mjölkintag) - antal sug/svälj.</p> <p>Observera Barn som ej får ett tillräckligt stort tag om bröstet. Smärtsam amning är första tecknet på amningsproblem, såriga bröstvårtor mjölkstas och som sedan kan utvecklas till sårinfektioner, mastit och bröstböld samt minskad mjölmängd.</p>
<p>6. Mammans utdrivningsreflex Hennes upplevelse av utdrivningsreflexen.</p>
<p>7. Brösten före och efter amningen. Mamman kan själv bedöma.</p>
<p>8. Bröstvårtans form före och efter amningen Mamman kan själv bedöma, <i>se även punkt 8.</i></p>
<p>9. Mammans upplevelse av amningen Fråga: Hur känns/ kändes amningen?</p> <p>Var medveten om att det är mammans upplevelse, bröstvårtans form och barnets beteende efter amningen som är det avgörande för en fungerande amning, inte hur vi tycker att det ser ut!</p> <p>Vid smärtsam amning – smärtstatus – VAS- bedömning före och efter amningen (även vid amning av det "friska" bröstet).</p>
<p>10. Barnets beteende efter amningen Mammans tolkning av barnets beteende efter amningen.</p>
<p>11. Barnets urin och avföring (i relation till barnets ålder) viktig parameter för att bedöma hur amningen fungerar de första dagarna</p>

Exempel på bra och nära läge vid bröstet

Mamman håller barnet om skuldrorna och ryggen, huvudet får vara fritt och näsan blir fri. För att lyfta och stödja ett större bröst har denna mamma rullat en handduk under bröstet som stöd. Kommer barnet inte tillräckligt nära kan mamman luta sig lite bakåt så att barnet följer med och på så sätt utnyttjar mamman barnets tyngd och tyngdlagen gör att barnet kommer riktigt nära.



Foto: Mattias Hemmingsson

Exempel på bra utgångsläge

Barnet gapar stort efter att ha fått söka och slicka på bröstet.



Foto: Britt-Inger Malmberg

Exempel på ett ytligt tag om bröstet

Barnet kan ha tagit tag bara om bröstvärtan innan barnet sökt klart. Mamman upplever smärta.



Foto: Lena Weimers

Exempel på ett stort tag

Barnet har nu tagit ett stort tag. Mamman upplever minskad smärta.



Foto: Sofia Zwedberg



Foto: Lena Weimers

Referenser

1. Altuntas N, Turkyilmaz C, Yildiz H, Kulali F, Hirfanoglu I, Onal E, et al. Validity and reliability of the infant breastfeeding assessment tool, the mother baby assessment tool, and the LATCH scoring system. Breastfeed Med. 2014;9(4):191-5.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24650352>
2. Ingram J, Johnson D, Copeland M, Churchill C, Taylor H. The development of a new breast feeding assessment tool and the relationship with breast feeding self-efficacy. Midwifery. 2015;31(1):132-7.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25061006>

Oralmotorisk undersökning - Kort tungband

Hjärtformad tunga



Foto: Elisabeth Hjærtmyr

Kort tungband hos barnet kan skapa kraftigt slitage på bröstvårtorna vid amning och/eller kan göra det svårt för barnet att amma effektivt då tungans rörlighet är begränsad. Detta kan i sin tur leda till bröstkomplikationer som sår och smärta och/eller otillräcklig mjölktilgång.

I en studie framkom att barn med kort tungband hade betydligt fler amningsproblem under den första månaden, men ammade i samma utsträckning som de barn som inte hade kort tungband [1]. Tidig diagnos kan hjälpa mamman och barnet avsevärt. För mödrar vars spädbarn genomgick frenotomi förbättrades amningen. Kort tungband förekommer hos upp till 5 % av barnen och kan ibland identifieras genom att tungan kan vara ”hjärtformad” med en skåra i mitten. Barnets tunga bör ha en rörlighet så att tungspetsen kan nå gommen och över tandanlaget i underkäken. Vid kort tungband i samband med uttalade amningsproblem rekommenderas frenotomi. Ett enkelt och snabbt ingrepp. Amning kan ske direkt efter frenotomi och i många fall förbättras amningen direkt [1–3]. Vid kort tungband är amningstekniken extra viktig, och mamman behöver oftast stöd i att förbättra den.

Referenser

1. Riskin A, Mansovsky M, Coler-Botzer T, Kugelman A, Shaoul R, Hemo M, et al. Tongue-tie and breastfeeding in newborns-mothers' perspective. *Breastfeed Med.* 2014;9(9):430-7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25290824>
2. Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics.* 2002;110(5):e63. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12415069>
3. Power RF, Murphy JF. Tongue-tie and frenotomy in infants with breastfeeding difficulties: achieving a balance. *Arch Dis Child.* 2015;100(5):489-94. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25381293>

Urmjolkning av bröst vid bröstkomplikation

Urmjolkning ingen generell rekommendation vid bröstkomplikationer

Ett vanligt råd vid bröstkomplikationer är att mamman ska/måste pumpa för att ”tömma bröstet”, oavsett om barnet ammar effektivt eller inte. Detta kan upplevas stressande och kan ge ökade problem genom ökad belastning med risk för ödem på vårtgård/bröstvårta. Det är inte möjligt att ”tömma” ett bröst helt eftersom tillströmningen av mjölk är som störst då mjölmängden i mjölkkörtlarna är som minst. Om barnet ammar är detta oftast tillräckligt under förutsättning att barnet är piggt, har ett bra tag och suger effektivt. Om barnet inte kan, vill eller orkar amma eller om mamman inte vill och vågar på grund av svår smärta kan mamman prova med att mjölka ur för hand alternativt med hand- eller elpump, men bara om mjölken relativt lätt kommer ut. Vid svår smärta kan det ibland vara aktuellt att låta bröstet vara, varken amma eller mjölka ur under någon dag. Ibland kan det finnas behov av att endast mjölka ur lite för att minska spänning i bröstet och ibland kan det vara ett alternativ att mjölka ur mer för att ge till barnet om det inte är möjligt att amma. Vilken urmjolkningsmetod mamman väljer är individuellt och beroende på mammans eget önskemål. Vid sugsvårigheter och såriga bröstvårtor hos måttligt ikteriska barn behövs tidigt en individuell vårdplan för att få till en bra amningsprocess.

Viktigt med goda förutsättningar vid urmjolkning - utdrivningsreflexen är betingad

Om det bedöms vara aktuellt att prova urmjolkning är det bra att försöka ge så goda förutsättningar som möjligt. Ibland kan utdrivningsreflexen ta extra lång tid när man mjölkar ur eller pumpar, utdrivningsreflexen är en betingad reflex som inte går att styra med viljan. Det är individuellt hur lång tid det tar innan mjölken kommer. Stress, oro, trötthet och smärta kan hämma frisättningen av oxytocin som stimulerar till utdrivning. Att sitta/ligga bekvämt, säkert hud-mot-hud med barnet om det är möjligt har för många en avslappnande effekt samt frisätter oxytocin vilket underlättar utdrivningen av mjölken. Genom att äta eller dricka något innan amningen kan öka välbefinnandet och underlätta utdrivningen. Att lyssna på musik, ha lätt värme på bröstet innan urmjolkning också kan öka välbefinnandet och underlätta för utdrivningsreflexen. Det är viktigt med god handhygien i samband med urmjolkning för att undvika vidare problem. När de bakomliggande orsakerna till behovet av urmjolkningen hittats och förbättrats, exempelvis inflammation eller smärta kan kvinnan successivt uppmuntras till att börja amma igen. Vid mastit/bröstabscess kan mjölmängden ha minskat i det drabbade bröstet på grund av mindre aktivitet än tidigare under en längre tid, varför det inte är att vänta att mjölmängden ska vara som tidigare eller som i det andra bröstet.

Kom ihåg

Urmjolkning är aldrig ett mått på hur mycket mjölk en kvinna har utan ett mått på hur mycket kvinnan kan få ut när hon mjölkar ur!

Strategier, riktlinjer och regelsystem i Sverige

De tio stegen i "Amningsvänlig vårdkedja" - Baby Friendly Hospitals Initiativ, BFHI, (WHO/UNICEF, 1990) [1-3]

Innocentideklarationen - Om att skydda, stödja och främja amning - ett gemensamt uttalande från WHO och Unicef [4]

Amningsstrategi för personal i vårdkedjan, Stockholms läns landsting [5]

FN: s barnkonvention artikel 9.4, 17 och 24 [6]

Socialstyrelsens föreskrift om amning, SOSFS 2008:33 [7]

SOSFS 2008:33 tar upp att information kring amning och modersmjölkersättning ska vara entydig och objektiv och utgår från den enskilda familjens behov. Den beskriver även vilken information som ska ges när modersmjölkersättning ska ges.

Patientlag, SFS 2014:821 [8]

Patientlagen, SKL [9]

Socialstyrelsens, Livsmedelsverkets och Socialdepartementets rekommendationer om enbart amning i 6 månader [10]

EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action [11]

WHO-KODEN, WHO antog 1981 "Internationella koden för marknadsföring av bröstmjölkersättningar" [12] som skulle vara normbildande för både industri- och utvecklingsländer. Sverige har ratificerat den och den gäller än idag. WHO-koden innehåller bland annat regler för hur livsmedelsföretagen och personal inom hälso-och sjukvård bör förhålla sig till reklam avseende modersmjölkersättning. Idag har vi flera lagar i Sverige som inkluderar olika delar av WHO-koden. Den föreskrift som är viktig för personal inom hälso- och sjukvården att känna till är SOSFS 2008:33 om information som avser uppfödning genom amning eller med modersmjölkersättning [7].

Nationella Amningskommittén, Livsmedelsverket leder en samordningsgrupp för amningsfrågor med företrädare för Socialstyrelsen, Konsumentverket och Statens folkhälsomyndighet. Gruppens uppgift är att samordna det nationella arbetet och att ge alla föräldrar information om det aktuella, vetenskapligt grundade kunskapsläget om amning. På livsmedelsverkets hemsida finns information om Amningskommittén [13].

Referenser

1. Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services. Geneva: World Health Organization (WHO), UNICEF; 1989.
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39679/1/9241561300.pdf?ua=1&ua=1>
2. Ten Steps to Successful Breastfeeding - Baby Friendly Hospitals Initiative (BFHI). The Mother and Child Health and Education Trust; .
<http://www.tensteps.org/>
3. Tio steg som främjar amning: baserat på WHO:s Ten steps to successful breastfeeding. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19565/2014-10-27.pdf>
4. Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. Florence, Italy: WHO/UNICEF; 1990.
http://www.who.int/about/agenda/health_development/events/innocenti_declaration_1990.pdf
5. Amningsstrategi för personal i vårdkedjan. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2015 <http://www.vardgivarguiden.se/omraden/bvc/regionala-riktlinjer/mat/amningsstrategi/>
6. Barnkonventionen: FN:s konvention om barnets rättigheter. Stockholm: UNICEF Sverige; 2009.
<https://unicef.se/rapporter-och-publikationer/barnkonventionen>
7. SOSFS 2008:33. Information som avser uppfödning genom amning eller med modersmjölksersättning. Stockholm: Socialstyrelsen.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-10-33>
8. SFS 2014:821. Patientlag. Stockholm: Socialdepartementet.
https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientlag-2014821_sfs-2014-821
9. Patientlagen ska stärka patientens ställning. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting (SKL); 2015
<http://skl.se/halsasjukvard/patientinflytande/patientlagen.2083.html>
10. Bra mat för barn 0-5 år - handledning för barnhälsovården. Uppsala: Livsmedelsverket; 2015
<http://tinyurl.com/osmb5fg>
11. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. Luxembourg: European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment; 2004.
http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_18_en.pdf
12. International code of marketing of breast-milk substitutes. Geneva: World Health Organization (WHO); 1981.
http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf
13. Nationell samordning av spädbarnsnutrition och amning. Uppsala: Livsmedelsverket; 2015
<http://www.livsmedelsverket.se/om-oss/samarbeten/nationella-amningskommitten>

Amningshjälpmedel

Amningsnapp

Amningsnapp är ett hjälpmedel som kan användas vid såriga bröstvårtor, plana/indragna bröstvårtor eller för att hjälpa barn med sugsvårigheter. Överväg noga innan amningsnapp rekommenderas, gör en individuell bedömning utifrån mammans och barnets situation. Det viktiga är att moderns och barnets välbefinnande runt amningen förbättras. Det är få som har behov av en amningsnapp och den kan dölja underliggande problem eller leda till ytterligare problem om användandet sker slentrianmässigt.

Amningsnappen optimeras som hjälpmedel om den vänds halvvägs ut och in innan den appliceras på bröstvårtan, och om mamman därefter låter sin egen bröstvårta sugas långt in så att ett vakuum uppstår i amningsnappen. På så sätt undviks sår på bröstvårtan samtidigt som en effektiv mjölköverföring kan ske. Det är viktigt att mamman informeras om hur hon kan stimulera barnets rootingreflex för att barnet ska gapa stort och få ett stort tag om amningsnappen så att den inte bara trycks in i barnets mun. Efter amningstillfället utvärderas tillsammans med mamman smärta och barnets aktivitet vid bröstet och bröstvårtans form. Amningsnappen bör ses som ett tillfälligt hjälpmedel. Det är viktigt att vara observant på nya problem som till exempel liten mjölköverföring eller minskad mjölkproduktion. Amningsnappen är tillverkad i tunn silikon och finns i flera storlekar. Välj storlek så att bröstvårtan inte blir klämd i nappen. Amningsnappen bör rengöras efter användande enligt tillverkarens anvisningar.

Bröstvårtsskydd/vårtluftare

Det finns flera typer av bröstvårtsskydd/vårtluftare på marknaden med olika användningsområden. Oftast är dessa utformade som en hårdare kupa i plast med lufthål och med en insida med ett hål för bröstvårtan antingen i silikon eller i plast. Det finns även amningsinläggsliknade pads som har ett kuplikande nät i plast som placeras över bröstvårtan och hålls på plats av kvinnans BH. Kvinnan behöver använda en rymlig amningsbehå eller lite tajtare linne så att inläggen ligger "lätt" mot bröstet och inte orsakar tryck, stas eller ödem runt bröstvårtorna. Skydden bör inte användas dygnet runt då för intensiv användning kan orsaka mastiter eller igentäppta mjölkgångar. Mamman bör också vara observant på vårdgården så att plasten som ligger emot inte orsaker problem på vårtgården. Dessa skydd kan användas mellan amningarna vid såriga och spruckna bröstvårtor för att undvika ytterligare slitage från bh eller dylikt och för att underlätta läkningen. Mjölkkuppsamlingskupper kan användas när det läcker bröstmjolk mellan amningstillfällena eller från andra bröstet under amningen. Rengöring av hjälpmedlen se anvisningar från tillverkare av dessa hjälpmedel.

Koppmatning

Kopp används då tillmatning behövs till barnet på BB för att ge extra bröstmjolk eller ersättning. Vid koppmatning används små plastkoppar som rymmer ungefär 30ml. Barnet sitter upp i föräldernsfamn/knä, koppen placeras mot barnets underläpp och sedan får barnet lapa i sig mjölken. Det är viktigt att inte hälla mjölken, utan att barnet får lapa i egen takt.

Tillmatningsset

Används som ett tillmatningshjälpmedel samtidigt som mamma ammar. Används vid liten mjölkproduktion, amning av adoptivbarn, relaktation eller långsam viktuppgång eller ineffektivt amningsmönster hos barnet. Består av en flaskliknande behållare som hängs upp runt mammans hals, två tunna silikonslangar kommer från flaskan och dessa tejpas fast på bröstet.

Slangstorlek se anvisningar från tillverkare.

Funktion

När barnet ammar får det samtidigt i sig mjölken från bröstet och behållaren. Fördelen för mamman är att hon samtidigt stimulerar den egna mjölkproduktionen. Nackdelar kan vara att barnet vänjer sig vid ett snabbt mjölkflöde. Flödet kan regleras av flaskans höjd, om den placeras lägre kommer endast mjölk när barnet suger. Man kan ofta börja med att barnet suger utan att slangen öppnas, när barnet blir frustrerat för att mjölkflödet minskar kan man öppna vilket leder till att barnet fortsätter suga och på så vis stimulerar mer på mammans bröst.

Bör avväpnas så snart full mjölkproduktion och tillräcklig viktökning hos barnet har kommit tillstånd.

Rengöring av hjälpmedlen enligt anvisningar från tillverkare av dessa hjälpmedel.

Bröstpump

Om barnet inte suger eller suger ineffektivt på bröstet kan bröstmjölksproduktionen stimuleras av handurmjolkning alternativt urmjolkning med bröstpump.

Bröstpumpar finns i olika modeller, manuella eller elektriska. Låt kvinnan välja ett för henne lämpligt alternativ. Urmjolkningen ska inte vara smärtsam, lämplig storlek på tratten som ska placeras på bröstet ska utprovas så att urmjolkningen blir bekväm och effektiv. Urmjolkning kan ske ofta, bättre ofta och korta stunder än längre stunder och sällan, 5–15 minuter per bröst och tillfälle är lämpligt. Att pumpa under en längre period kräver ett bekvämt och enkelt urmjolkningalternativ.

Kom ihåg!

Den urmjolkade mängden är inte ett mått på hur mycket mjölk det finns i bröstet utan ett mått på hur mycket som går att mjölka ur med bröstpump!

Se vidare Urmjolkning vid bröstkomplikationer och även tillverkares instruktioner.

Amningshjälpens hemsida

www.amningshjalpen.se

Referenser

1. Kvist LJ, Wilde Larsson B, Hall-Lord ML, Rydhstroem H. Effects of acupuncture and care interventions on the outcome of inflammatory symptoms of the breast in lactating women. *Int Nurs Rev.* 2004;51(1):56-64.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14764015>
2. Winberg J. Mother and newborn baby: mutual regulation of physiology and behavior—a selective review. *Dev Psychobiol.* 2005;47(3):217-29.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16252290>
3. Uvnas-Moberg K, Eriksson M. Breastfeeding: physiological, endocrine and behavioural adaptations caused by oxytocin and local neurogenic activity in the nipple and mammary gland. *Acta Paediatr.* 1996;85(5):525-30.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8827091>
4. Matthiesen AS, Ransjo-Arvidson AB, Nissen E, Uvnas-Moberg K. Postpartum maternal oxytocin release by newborns: effects of infant hand massage and sucking. *Birth.* 2001;28(1):13-9.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11264623>
5. Uvnäs Moberg K. Lugn och beröring: oxytocinets läkande verkan i kroppen. Stockholm: Natur och kultur; 2000.

Bilaga 1

Diagnoser

Viktigt med rätt diagnos inklusive bi diagnos och åtgärdskod för varje tillstånd, så att statistik, kostnadsersättning och forskning blir så tillförlitlig som möjligt. Diagnoserna ifylls i något av de journalsystem som används i SLL (Take Care och/eller Obstetrix).

Diagnoser vid bröst/bröstvårta/amningsproblem av AMSAK bearbetad version från ICD-kod 10


O91 och O92 är alltid huvuddiagnos

Bröstvårta	
O91.0	Infektion i bröstvårta
O92.0	Indragen bröstvårta
O92.1	Sår/fissur på bröstvårta
O92.2	Annan och icke specificerad sjukdom i bröstkörtel/bröstvårta (white spot, mjölkblåsa, vitnande bröstvårta)
Bröst	
O91.2	Mjölkstas/engorgement/mjölstockning
O91.1A	Infektiös mastit
O91.1B	Bröstabscess/bröstböld
O92.7	Andra och icke specificerade amningsproblem
Infektionsdiagnoser	
B95.6	StaffA
B95.7	Koagulas neg staff
B98.A	GBS
B95.0	GAS
B95.4	Streptokocker C,G
B37.9	Candida
U82.1	Resistens mot Meticillin
Z22.3	Bärare av andra bakterier
Mjölkproduktion/laktation	
O92.4	Sviktande mjölkproduktion/otillräcklig mjölmängd
O92.5	Amningsnedläggning/undertryckt mjölkproduktion
O92.6	Överproduktion av mjölk
Amningsrelaterade problem	
O92.7	Amningstekniska problem: r/t barn/mamma
O92.7+ Z 99.8	Amningshjälpmedel
O92.7+O60.9	Amning prematur <36+6
O92.7+O30.0	Amning tvillingar
O92.7+N64.4	Mastodyni/smärtsam amning
Z87.5	Tidigare komplicerad amning
Z91.8	Samtal "amningsrädsla"(gravida)

Bidiagnoser	
N63.9	Ospecificerad resistens i bröst
N64.4	Mastodyni/smärtsam amning
Z98.8	Amning efter bröstreduktion
Z41.1	Amning efter bröstimplantat
L30.9A	Eksem på bröstvårta
I173.0	Raynaud´s fenomen
L40.9	Psoriasis
Z99.8	Amningshjälpmedel (amningsnapp, bröstpump)
O60.9	Prematur förlossning t o m v 36+6
E22.1	Prolaktinom
N64.5	Andra sjukdomstecken och symtom från bröst (t ex rusty pipes/blod i mjölken)
Åtgärds-koder	
AV 061	Provtagning, odling
DM001	Amningshjälp
AM035	U-ljud av lakterande bröst
DM020	Punktion av lakterande bröst
DM021	Inläggning av dränage lakterande bröst
DV067	Spolning av dränage
DV005	Avlägsnande av dränage
QXB10	Såromläggning av rupturerad böld
XV008	Recept/ordination av bröstpump

Bilaga 2

Ordlista

Amningshjälpen	www.amningshjalpen.se
Akupunktur	Akupunktur är en behandling med nålar på speciella punkter på kroppen. Akupunktur anses ha avslappande, smärtstillande och antiinflammatorisk effekt, som man tror kan bero på frisättning av bland annat endorfin och kortisol. I en randomiserad studie undersöktes effekten av akupunktur vid bröstinflammation. Resultatet visade att mödrarnas symptom lindrades mer effektivt med akupunktur än utan, men sjukdomstiden förkortades inte [1].
Amningscentrum	Resurscentrum för personal där utbildning, handledning, vårdutveckling och kvalitetsarbete bedrivs.
Amningsmottagning	Klinisk specialistmottagning som tar emot mammor med komplicerade amnings- och bröstproblem från vårdnivå 2–3, <i>se nedan</i> .
AMSAK	Amningssakkunniga i Stockholms län, <i>se vidare förord</i> .
BFHI	Baby Friendly Hospital Initiative, i Sverige kallat Amningsvänligt sjukhus.
Cottermanshandgrepp	När bröstet är spänt pga mjölkstas och barnet har svårt att få ett stort tag om bröstet kan Cottermans handgrepp användas. Tryck försiktigt med fingertopparna jämt placerade på vårtgården, in mot bröstet precis före amning så att vårtgården blir mindre spänd/svullen, <i>se även</i> www.amningshjalpen.se
	
	<i>Foto: Elisabeth Hjärtskyr</i>
Delvis amning	Amning tillsammans med annan föda, formula och/eller smakportioner/mat.
Frenotomi	Barnet tungband klipps.
Handmjölkning	Se handmjölkning på www.1177.se
Helamning*	Enbart bröstmjölk inklusive D-droppar och eventuella mediciner (<i>*definition sedan 2004, dessförinnan inkluderades även smakportioner i begreppet helamning i svensk statistik</i>).
Hud-mot-hud	När barnet är i direkt kontakt med stor yta av sin hud mot stor yta av vanligen en förälders hud, vilket har många fysiologiska och psykologiska effekter för barnet och föräldrarna [2].
IBCLC	International Board Certified Lactation Consultant.
Idiopatisk smärta	Smärta utan känd orsak.
Komplicerad amning	Amning upplevs som komplicerad av kvinnan eller på grund av faktorer hos kvinnan eller barn uppstår komplikationer som kräver specialistkunskap för att komma tillrätta med.

Kolostrum (råmjölk)	Kolostrum även kallad råmjölk är den första mjölken som bildas. Detta sker redan under graviditeten. Råmjölken är oftast en liten mängd som ökar dag för dag och successivt späds ut med den mogna mjölken under ca 3 veckor. Kolostrum är extra specifikt anpassat för det nyfödda barnet de första dygnet
Laktogenes	Laktogenes I: Börjar redan under graviditet då det sker en ytterligare tillväxt och mognad av mjölkkörtlarna under påverkan av graviditets-hormonerna och råmjölken börjar bildas. Laktogenes II: Börjar efter förlossningen. När placenta lämnat livmodern sjunker östrogen och progesteronhalterna hastigt och mjölkproduktionshormonet prolaktin stiger i samspel med insulin och cortisol. Det ger förutsättning för mjölkkörtlarna att börja producera mera mjölk. När det nyfödda barnet ammar ofta stimulerar amningen till fortsatt hög mjölkproduktion i ett samspel mellan mjölkproducerande hormonet Prolaktin och mjölkutdrivningshormonet Oxytocin. Laktogenes III: Stadiet när den mogna mjölkproduktionen är fullt igång [3].
Mjölkretektion	Alveolerna/mjölkkörtlarna är överfyllda och muskellagren kan ha svårt att dra ihop sig.
Okomplicerad amning	En av mamman upplevd fungerande amning utan komplikation.
Oxytocin	Oxytocin är ett hormon som påverkar utdrivningsreflexen. Oxytocinet ger lugn och välbefinnande om man ökar det endogena oxytocinet med hjälp av beröring, hud-mot-hud kontakt mellan mor och barn och lätt massage [2–5].
Oxytocinspray	En nässpray som innehåller kemiskt oxytocin. Används sällan idag då dess effekt ifrågasätts. Rekommenderas inte vid bröstkomplikationer. Istället är det bra att uppmuntra mamman till att få igång sitt eget oxytocin med förslagsvis hud-mot-hudkontakt, beröring, avslappning eller det mamman blir lugn av och tycker om. Sprayen kan ha en möjlig effekt vid mjölkretektion. Erfarenheter visar att det kan ha en möjlig placeboeffekt.
Smärtkaraktär	Smärtans karaktär kan beskrivas som, intervallsmärta, (helt smärtfri mellan episoderna) molande, brännande, svidande, värk, krampande etc.
Smärtskattning/ VAS	Vanligaste smärtskattningsskalan är Visuell Analog Skala (VAS) om den används korrekt genom att visa en VAS-sticka för patienten, blir värdet tillförlitligt. Vanligtvis används en Numeriskskala (NRS). Vårdgivaren frågar patienten hur ont hon har och då ska hon ange en siffra mellan 1–10, (0 = ingen smärta och 10 = värsta tänkbara smärta). Det är viktigt att inom samma vårdenhet att samma smärtskattings-instrument används av samtlig personal för att det ska vara tillförlitligt. Skalan kan användas före amning, under eller efter amning som utgångspunkt för individuellt stöd. VAS kan användas för att mäta sugintensitet, upplevelse av amningen och smärtupplevelse hos mamman. Mamman kan då uppge innan och efter vårdåtgärder om smärtan är hanterbar eller inte. Smärta kan vara ett tecken på en begynnande bröstkomplikation.
Tillmatning	Tillmatning betyder att barnet får något mer utöver amning. Det kan vara urmjölkad bröstmjölk eller formula.
WHA	Worlds Health Assamble
WHO	World Health Organisation
Vårdkedjan	Består av mödrahälsovård, förlossnings- och eftervård, återbesöksmottagning, barnsjukvård, barnhälsovård, Amningsmottagning och gynekologisk vård.
Vårdnivåer	För att ge patienten vård på rätt nivå delas vårdkedjan i olika ansvarsområden det vill säga vårdnivåer.

