

# Der schnelle Weg zur Therapie der chronischen, fistelnden non-puerperalen Mastitis

Dr. med. Sabine Berghof, Katholisches Klinikum Mainz, Hildegardis Krankenhaus

Die chronische fistelnde periduktale Mastitis gehört zu den benignen Brusterkrankungen. Im Gegensatz zur puerperalen Mastitis verzeichnet man eine steigende Inzidenz, die bei ca. 1–2 Fällen pro 10.000 Frauen und Jahr liegt. Sie ist histologisch, ätiologisch und klinisch von anderen entzündlichen Brusterkrankungen abzugrenzen und wird als eigenständiges Krankheitsbild gesehen.

Trotz der relativen Häufigkeit gibt es bis heute kaum empirisch gesicherte, erfolgreiche Therapiekonzepte.

Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der non-puerperalen Mastitis sind nur an ganz wenigen Zentren in Deutschland verfügbar. Dies hatte zur Folge, dass diese Brusterkrankung schlecht verstanden war und vielerorts inadäquat behandelt wurde.

Dabei sind die Zusammenhänge für die Diagnostik und Therapie unter klinischen Aspekten nicht sonderlich kompliziert. Sie müssen lediglich gekannt und konsequent angewendet werden.

Die pathologischen und histologischen Befunde betreffen die distalen Milchgänge, in denen es durch ein multifaktorielles Geschehen zu einer Plattenepithelmetaplasie kommt.

Der bedeutendste ätiologische Faktor, neben dem weiblichen Geschlecht, für die Entstehung einer npM, ist ein Nikotinabusus.

70 % der Patienten sind starke bis sehr starke Raucher. Nikotin beeinflusst nicht nur das Entstehen dieser Erkrankung, sondern begünstigt auch das Auftreten von früheren und häufigeren Rezidiven.

Kein Zusammenhang besteht dagegen mit einer Duktectasie der Milchgänge, die ihren Altersgipfel im 5. Dezenium hat, wohingegen die npM im Reproduktionsalter angesiedelt ist.

Klinisch unterscheidet man drei Erscheinungsformen der non-puerperalen Mastitis:

1. die Galaktophoritis (Abb. 1)
2. den Abszess (Abb. 2)
3. die Fistel (Abb. 3)

Entzündungen mit Fistelbildung sind in der Regel bereits Rezidive der Erkrank-

ung. In der Rezidiv Situation können diese klinisch und therapeutisch relevanten Fisteln durch einen Abszess verschleiert werden. Unkenntnis über das Krankheitsbild der npM mit fehlender operativer Sanierung der Fistel mündet in langwierige und therapeutisch unbefriedigende Verläufe mit zahlreichen Rezidiven.

Deshalb benötigt man eine standardisierte Therapie der chronisch fistelnden periduktalen Mastitis.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch die Abgrenzung zur Therapie der puerperalen Mastitis, da wir es bei der npM mit einem deutlich unterschiedlichen Keimspektrum mit einem Shift zu einem vorwiegend anaeroben Erregerspektrum zu tun haben. Diesem Keimspektrum muss bei der Wahl der Antibiotika Rechnung getragen werden, damit die gewählten Antibiotika auch diese anaeroben Keime abdecken.

Durch eine effektive Ersttherapie können Rezidive in 80 % der Fälle vermieden werden.

Die Ersttherapie einer npM mit klinischem Bild einer reinen Galaktophoritis besteht also in erster Linie in einer geeigneten Antibiose z.B. mit Cotrimoxazol und Metronidazol über etwa 10–12 Tage.

Bei Hinzukommen eines Abszesses wird dieser unter Ultraschallkontrolle punktiert, eine begleitende Antibiose ist obligat. Nur mehrkammrige, große Abszesse müssen klassisch eröffnet werden.

In der Rezidiv Situation muss eine vorhandene Fistel sicher detektiert werden. Dies gelingt in der Regel ultrasonographisch, auch wenn die Fistelöffnung an der Haut nicht zu sehen ist.

Bei Rezidiven ohne Abszess lässt sich die Fistel in der Regel klinisch ohne Probleme nach weisen und sondieren.

Das operative Prinzip des Rezidivs mit Fistel besteht in der Fistelentfernung mit dazugehörigem betroffenem Milchgang. Bei multipel voroperierten und vortherapierten Patienten kann auch eine totale Milchgangsextirpation, die sogenannte Hadfield-Operation zur Sanierung notwendig werden. Auch bei diesen Rezidivoperationen ist eine begleitende Antibiotkatherapie über mindestens 10 Tage notwendig.

Die Notwendigkeit einer Ablatio mammae ist nach heutiger Sicht obsolet.

Also, bei einer Frau im gebärfähigen Alter, die raucht und eine periduktale Mastitis hat, mit oder ohne Abszess und Fistel, immer an die chronisch fistelnde periduktale Mastitis mit ihrem anaeroben Keimspektrum denken – und danach handeln: Geeignete Antibiose, Fistel suchen und entfernen!!

## Literatur

- Bundred NJ. Surgical management of periductal mastitis. *The Breast* 7 1998; 179–80.
- Bundred NJ, Dixon JM, Chetty U, Forrest APM. Mammillary fistula. *The British Journal of Surgery* 74 1987; 466–68.
- Bundred NJ, Dover MS, Aluwihare N, Faragher EB, Morrison, JM. Smoking and periductal mastitis. *British Medical Journal* 307 1993; 772–3.
- Bundred NJ, Dover MS, Morrison JM. Breast abscesses and cigarette smoking. *British Journal of Surgery* 79 1992; 58–9.
- Dixon JM. Mammary duct ectasia – periductal mastitis complex. *The British Journal of Surgery* 83 1996; 1017–9.
- Dixon JM, Kohlhardt SR, Dillon P. Total duct excision. *The Breast* 7 1998; 216–9.
- Habif DV, Perzin KH, Lipton R, Lattes R. Subareolar abscess associated with squamous metaplasia of lactiferous ducts. *The American Journal of Surgery* 119 1970; 523–6.
- Hadfield GJ. Further experience of the operation for excision of the major duct system of the breast. *The British Journal of Surgery* 1968; 530–5.



- Hadfield J. Excision of the major duct system for benign disease of the breast. *The British Journal of Surgery* 47 1960; 472–7.
- Hadfield GJ. Noncosmetic operations for benign breast disease. *World Journal of Surgery* 13 1989; 757–60.
- Peters F, Geisthövel F, Schulze-Tollert J. Die non-puerperale Mastitis, Ätiologie, Klinik, Therapie. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 110 1985; 97–104.
- Peters F. Die nonpuerperale Mastitis: Der Gynäkologe 34 2001 a; 930–9.

## PROGRAMM

Freitag, 2. Juli 2010

09.15–10.45, Saal: C

Entzündliche Brusterkrankungen

*Der schnelle Weg zur erfolgreichen Therapie der non-puerperalen Mastitis*  
S. Berghof (Mainz)



## Key Note Lectures

Donnerstag, 1. Juli 2010,  
10.00–11.30 Uhr, Saal: 3

Eröffnungsveranstaltung  
Mammographie-Screening 2020?

E. Azavedo (Stockholm, Schweden)

Donnerstag, 1. Juli 2010,  
15.30–17.00 Uhr, Saal: 6

Diskussionsforum:  
Intervallkarzinome

Impulsreferat:  
How to minimize the interval  
cancer rate?

E. Azavedo (Stockholm, Schweden)

Donnerstag, 1. Juli 2010,  
10.00–11.30 Uhr, Saal: 3

Eröffnungsveranstaltung  
Breast Cancer Pharmacogenomics  
R. Weinshilboum (Rochester/MN, USA)

Samstag, 3. Juli 2010,  
08.30–09.00 Uhr, Saal: 3

Keynote Lecture  
The epidemiology of breast cancer  
in Japan. Notes about possible  
effects related to the changed  
environment, the nutritional habit  
and the social life among Japanese  
on the rising  
S. Nakamura (Tokio, Japan)

Freitag, 2. Juli 2010,  
14.30–16.00, Saal: 6

Diskussionsforum:  
Präoperative Mamma-MRT  
und präoperative Fallkonferenz

Impulsreferat:  
Overview of the evidence  
on pre-operative MRI in women  
with newly diagnosed breast cancer  
N. Houssami (Sydney, Australien)



Abb. 1: Galaktophoritis



Abb. 2: Abszess



Abb. 3: Fistel mit Ultraschalldarstellung und Schema der Fistelgangsondierung

