

Ein Fall von Mastitis non puerperalis

Tania Reynaldos Canton Migotto, Brenno Balestra

Abteilung für Innere Medizin, Ospedale Beata Vergine, Mendrisio

Fallbeschreibung

Eine 36-jährige Patientin ohne relevante Vorgeschichte, Mutter von drei Kindern, beobachtete sechs Monate nach Ende der Stillzeit eine warme, gerötete und schmerzhafte Schwellung im Bereich des oberen äusseren Quadranten der linken Brust mit Sekretion aus der Brustwarze. In der Annahme einer infektiösen Mastitis erfolgte eine antibiotische Therapie mit Amoxicillin/Clavulansäure; trotzdem verschlechterte sich das Krankheitsbild mit der Entstehung von Abszessen und Hautfisteln, die wiederholte Eingriffe zur chirurgischen Drainage in einem anderen Krankenhaus erforderten (Abb. 1 ). Nach der Durchführung von Kulturuntersuchungen, die stets steril waren, wurden erfolglos weitere Antibiotika verabreicht (Ceftriaxon, Erythromycin, Ciprofloxacin). Im Verlauf traten an den Beinen ein Erythema nodosum sowie Gelenkschwellungen auf. Laboruntersuchungen zeigten ein Entzündungssyndrom mit BSG 67 mm/h, CRP 46 mg/l, Anämie (Hb 10,9 g/dl) und Thrombozytose (470 G/l).



Abbildung 1
Linke Brust mit Narbenbildung nach Abszedierung mit Schnitten und Drainagen.

Weitere Abklärungen wurden veranlasst, darunter HIV, VDRL und TPHA, Rheumafaktor, ANA, ANCA, ACE und Mantoux-Test, die alle negativ waren. Es wurden zusätzlich ein Thorax-CT sowie ein Abdomen-Ultraschall durchgeführt, deren Befunde unauffällig waren. Eine Mammographie und eine Sonographie mit Feinnadelpunktion fielen negativ aus.

Schliesslich wurde nach stationärer Aufnahme in unserem Krankenhaus entschieden, eine chirurgische Revision vorzunehmen: Die Kulturen waren steril hinsichtlich allgemeiner Bakteriologie, Aktinomykose, Pilzen und Mycobakterien. Die Biopsie ergab nicht verkäste Granulome mit lymphozytären und neutrophilen Infiltraten, ohne Vaskulitis (Abb. 2 ).

Nach dem Ausschluss neoplastischer und infektiöser Ursachen wurde die Diagnose einer idiopathischen granulomatösen Mastitis gestellt. Eine Steroidbehandlung mit Prednison 40 mg/Tag wurde eingeleitet. Nach einem Monat wurden die lokale Remission mit Narbenbildung und das Abklingen des Entzündungssyndroms beobachtet. Danach wurde die schrittweise Reduktion der Steroide begonnen. Unter Therapie mit Prednison 5 mg/Tag trat aber ein lokales Rezidiv auf, das die Steigerung der Steroidbehandlung auf 20 mg/Tag erforderte. Zu diesem Zeitpunkt wurde Colchizin 0,5 mg zweimal täglich hinzugefügt, und die Steroide wurden ausgeschlichen.

Der Therapienutzen hielt drei Monate an, bis ein erneutes Rezidiv auftrat, das die Wiedereinführung von Prednison (20 mg/Tag) in Kombination mit Colchizin (1 mg/Tag) erforderte. Die Patientin reduzierte im Laufe eines Jahres langsam beide Medikamente bis zum Absetzen und blieb bis heute, das heisst insgesamt zehn Jahre, beschwerdefrei. Trotz der Narben hat die Frau es vorgezogen, auf plastisch-rekonstruktive Chirurgie zur Wiederherstellung der Brust zu verzichten.

Diskussion

Die idiopathische granulomatöse Mastitis ist eine seltene Erkrankung, die zum ersten Mal 1972 von Kessler und Wollock beschrieben wurde [1, 2]. Sie tritt bei Frauen im gebärfähigen Alter auf (selten in der Menopause) und ist mit Schwangerschaft und Stillzeit in den vergangenen fünf Jahren assoziiert [3, 4]. Es wurden auch Fälle im Zusammenhang mit Kontrazeptiva beschrieben [4]. Die Erkrankung ist gekennzeichnet durch sterile entzündliche Läsionen der Mamma im Bereich der Lobuli; in der Regel treten die Läsionen einseitig auf, es wurde jedoch bei etwa einem Viertel der Patientinnen auch über einen beidseitigen Befall berichtet [2–6].

Die Autoren haben keine finanzielle Unterstützung und keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Die Pathogenese ist unklar, und unterschiedliche Hypothesen wurden aufgestellt. Einige Autoren sprechen von einer Entzündungsreaktion, die sekundär nach mechanischen, traumatischen oder hormonellen Faktoren auftritt und das Gängepithel angreift. Dies verursacht ein Extravasat von Drüsensekret im duktalem Bindegewebe mit darauffolgender granulomatöser Entzündungsreaktion in der Art einer Fremdkörperreaktion [6]. Es wird auch angenommen, dass Autoimmunmechanismen dadurch ausgelöst werden.

Klinisch lassen sich in allen Brust-Quadranten Knoten unterschiedlicher Grösse feststellen, gegebenenfalls mit Adenopathien in der Achselhöhle und der Entstehung von Abszessen und Fisteln. Erythema nodosum, Episkleritis oder Oligoarthritis sind seltene Erscheinungen [6–8]. Die Mammographie und die Sonographie sind unspezifisch [4]. Daher handelt es sich um eine Ausschlussdiagnose mit Biopsie (Histologie und Kulturen).

Die histopathologische Untersuchung zeigt perilobuläre Fibroseherde und in Knoten angeordnete, lobuläre entzündliche Infiltrate (lymphoplasmazytäre, neutrophile und histiozytäre Zellen) mit epitheloiden Granulomen und Langerhans-Riesenzellen, ohne käsige Nekrose und

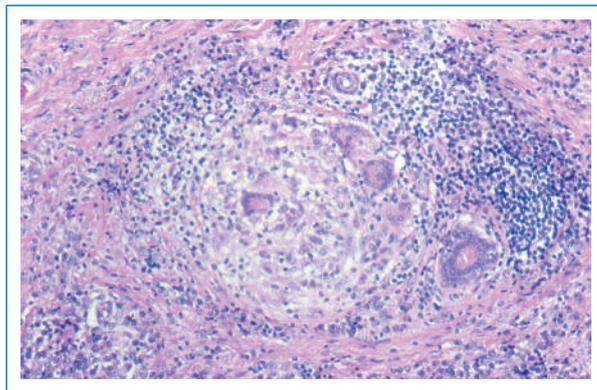


Abbildung 2
Epitheloides Granulom mit polynukleären Riesenzellen, überwiegend lymphozytäre perilobuläre Infiltrate; keine käsige Nekrose oder Vaskulitis (Quelle: Istituto Cantonale di patologia Locarno).

mit negativer mikrobiologischer Untersuchung. In einer retrospektiven Studie mit 2000 Mammabiopsien wurde eine Prävalenz von 0,4% nachgewiesen [4].

Das Mammakarzinom (entzündliches Karzinom) ist die wichtigste Differentialdiagnose [6]. Zu den weiteren Krankheiten gehören granulomatöse Erkrankungen der Brust, darunter infektiöse granulomatöse Mastitis (Tuberkulose, Aktinomykose, Lues, Brucellose, tiefe Mykosen, Filariose), systemische Erkrankungen (Wegener-Granulomatose [9], Panarteriitis nodosa [10], Riesenzellarteriitis und Sarkoidose) und Fremdkörpererkrankungen infolge von Trauma, Strahlentherapie («Fettnekrose») und Silikon (Tab. 1 [1]).

Bei der Sarkoidose ist eine Beteiligung der Brust selten und liegt unter 1% der Fälle [11]. In der Literatur wurden wenige Fälle im Zusammenhang mit einem Erythema nodosum beschrieben [2, 7]. Bei unserer Patientin sprachen der lokale Befund mit Fisteln und Abszessen und das Fehlen von Lungenmanifestationen gegen die Hypothese einer Sarkoidose.

Es finden sich in der Literatur unterschiedliche Therapieansätze ohne allgemeinen Konsens. Angesichts der gutartigen und rezidivierenden Natur der Krankheit wird heutzutage eine konservative Behandlung bevorzugt. Nur bei lokalen eitrigten Komplikationen oder bei starkem Verdacht auf Neoplasie werden chirurgische Eingriffe empfohlen.

Aufgrund von Case reports und Beobachtungsstudien mit geringen Patientenzahlen wird eine Steroidbehandlung mit Prednison 30–60 mg/Tag vorgeschlagen [4, 6]. Eine NSAR-Therapie scheint weniger wirksam zu sein. Plouvier et al. beschreiben eine erfolgreiche Therapie mit Colchizin über 16 Monate [12]. Bei hartnäckigen Fällen wird die Kombination mit Methotrexat oder Azathioprin empfohlen [13, 14]. Spontane Remissionen sind auch beschrieben worden [1].

Die Prognose ist günstig, vor allem weil es sich nicht um eine Präkanzerose handelt. Bei 40% der Fälle ist jedoch mit lokalen oder kontralateralen Rezidiven zu rechnen sowie mit bleibenden Narben, die manchmal ästhetische oder prothetische Eingriffe erfordern.

Fazit

Die während der Stillzeit auftretende Mastitis ist eine allgemein bekannte, vom Geburtshelfer behandelte infektiöse Komplikation. Andere Mastitiserkrankungen sind seltener und gefährlicher: In diesen Fällen kann die Kompetenz des Internisten nützlich sein, zumindest sofern er nicht seiner Generalistenrolle in der Medizin, und damit auch in der Senologie, entsagt hat.

Korrespondenz:

Dr. med. Brenno Balestra
Chefarzt Innere Medizin
Ospedale Beata Vergine
CH-6850 Mendrisio
[brenno.balestra\[at\]jeoc.ch](mailto:brenno.balestra[at]jeoc.ch)

Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie unter www.medicalforum.ch.

Tabelle 1

Differentialdiagnose der Mastitis.

Infektiöse Mastitis in der Stillzeit	Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes (Gruppe A oder B), Escherichia coli, Bacteroides species, Corynebacterium species und Koagulase-negative Staphylokokken (z.B. S. lugdunensis)
Infektiöse granulomatöse Mastitis	Tuberkulose, Aktinomykose, tertiäre Lues, Brucellose, tiefe Mykosen, Filariose
Entzündliches Karzinom	
Fremdkörperreaktion	Trauma, Strahlentherapie («Fettnekrose»), Silikon
Rezidivierende periduktale Mastitis	Raucherinnen
Systemerkrankungen	Sarkoidose, Wegener, PAN, Riesenzellarteriitis
Idiopathische granulomatöse lobuläre Mastitis	