# Engorgement, mastite, abcès du sein lactant



Breastfeeding Atlas Wilson-Clay and Hoover

# Engorgement



# Mécanismes de l'engorgement

- Engorgements précoces
- Mécanisme vasculaire
- Stase veineuse et lymphatique -> oedème
- Engorgements tardifs
   Stase lactée
- Défaut de drainage
- Parfois excès de production

Signes communs : seins tendus et douloureux Gène à l'écoulement du lait parfois fièvre Risque d'évolution vers la mastite

### Facteurs favorisants

- Défaut de drainage +++
  - Retard de la 1<sup>ère</sup> tétée
  - Faible nombre de tétées
  - Durée limitée des tétées
  - Utilisation de compléments
- Excès d'apports hydriques ou rétention hydrique





# Traitements nombreux et peu évalués

- Feuilles de choux refroidies (traitement préféré par les mères)
- Ocytocine
- Application de froid
- Tire lait pour assouplir le sein (risque d'aggravation de l'œdème
- Antiinflammatoires seuls significativement efficaces (OR3,6 / placebo)





- Pathologie très fréquente
  - 20% des femmes en 6 mois d'allaitement
- Prudence +++
  - Risque d'évolution vers l'abcès du sein
- 3 règles d'or
  - Rechercher les causes et les traiter pour les prévenir et éviter les récidives
  - Rassurer et préserver au maximum l'allaitement
  - Surveiller et s'assurer de la guérison et de l'absence de complications

# La mastite sur le plan théorique

- 3 phases
  - Engorgement :
    - leucocytes < 10 6
    - Bactéries < 10<sup>3</sup>
  - Mastite inflammatoire
    - Leucocytes > 10 6
    - Bactéries < 10<sup>3</sup>
  - Mastite infectieuse
    - Leucocytes > 10 6
    - Bactéries > 10<sup>3</sup>

- Les facteurs favorisants
  - La fatigue
  - Les lésions du mamelon ++
  - Le mauvais drainage du sein +++
    - Tétées irrégulières
    - Compression du sein
    - Mise au sein incorrecte
    - Tétée inefficace par bout de sein en silicone
    - Antécédent de chirurgie mammaire
    - Anomalie du mamelon

#### Les signes cliniques

- Au niveau du sein : inflammation (chaleur douleur rougeur tuméfaction)
  - Peau rouge, chaude, douloureuse avec parfois aspect en peau d'orange
  - Glande tendue et douloureuse : induration pouvant dépasser la zone rouge (aspect capitonné)
  - Topographie lobaire, le plus souvent quadrant supéro externe
- Les signes généraux bruyants
  - Hyperthermie souvent élevée
  - · Pouls accéléré
  - Douleurs musculaires
  - Fatigue

- L'évolution
  - La mastite inflammatoire :
    - Il n'y a pas d'infection vraie
    - L'évolution est favorable en 48 heures
  - La mastite infectieuse
    - L'infection est avérée
    - Les antibiotiques sont indispensables
    - Les signes inflammatoires persistent au-delà de 48 heures

- Le traitement au stade de mastite inflammatoire
  - Le repos ++
  - Le drainage du sein : faire téter ou tirer le lait
  - Rechercher les causes et les traiter
  - Antalgiques et ou antiinflammatoires
    - Paracéramol : efferalfan® dafalgan® doliprane® 1 gr x 4/j
    - Antiinflammatoires : ketoprofène profenid® 50 mg x 4/j® de plus en plus controversés

- Le traitement au stade de mastite infectieuse
  - Le repos ++
  - Le drainage du sein : faire téter ou tirer le lait
  - Rechercher les causes et les traiter
  - Antalgiques et ou antiinflammatoires
    - Paracéramol : efferalfan® dafalgan® doliprane® 1 gr x
       4/j
    - Antiinflammatoires : ibuprofène 400mg(advil ibuprofene®
       x 4 ketoprofene (profenid®) 50 mg x 4/j (même remarque)
    - Antibiotiques indispensables pendant 10j

- Le prélèvement est utile
  - En cas de récidive
  - En cas de suspicion d'infection nosocomiale
  - En cas de forme grave d'emblée
- Les germes retrouvés
  - Staphylocoque doré ++
  - Streptocoque β hémolytique
  - E Coli

- Les antibiotiques possibles
  - Pristinamycine (Pyostacine®) 1gr x3 pendant
     10j
  - Oxacilline (Orbénine ®) 1gr x 3 pendant 10j
  - Cefixime (Oroken®) 200 mg x 2 pendant 10j
  - La clindamycine (dalacine®)et la ciprofloxacine (ciflox®) sont possibles en cas d'allergie à la pénicilline
  - Amoxicilline + ac clavulinique (Augmentin®)
     1gr x 3 pendant 10j (le moins bon choix car nombreux staphylocoques résistants)

Souvent complication de la mastite



- = Généralement complication de la mastite
  - Retard de prise en charge +++
  - Erreurs de prise de charge
    - Arrêt AM conseillé voire "exigé"
    - Antibiothérapie trop tardive ou inadaptée
    - « bricolages »
    - Incidence du tabagisme (risque x 2)
  - Parfois mastite méconnue paucisymptomatique
  - Incidence : varie de moins de 1 % à 8,9 %
  - 4 à 11,5 % des femmes avec mastite (OMS 2000)
  - < 3% dans une série australienne de 1191 primipares dont 207 ayant 1 mastite (Amir BJOG 2004)

#### • Diagnostic **clinique**:

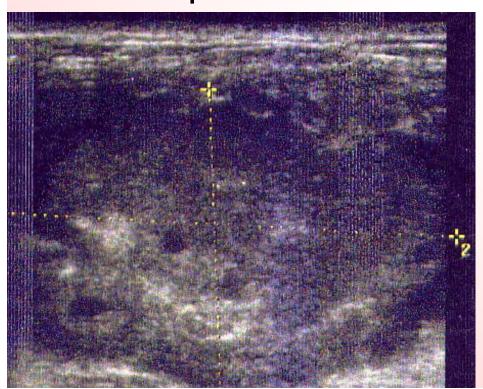
- masse ± douloureuse, souvent très douloureuse, fluctuante au stade de collection
- signes inflammatoires locaux,
- signes généraux souvent moins bruyants que dans la mastite (parfois pas de fièvre)
- Parfois pus franc dans le lait (signe de Budin)
- Évolution spontanée vers la fistulisation

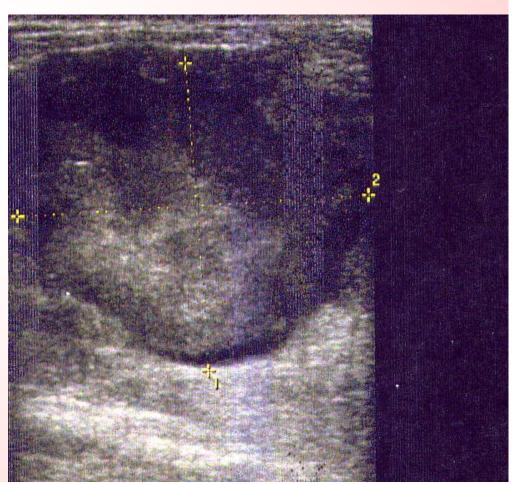




- Formes frustes
- De diagnostic difficile car signes cliniques peu typiques ou atypiques
  - Pas toujours de notion de mastite ou signes dissociés
  - Traitements divers devant un « engorgement »
  - Revêtement cutané sain ou peu inflammatoire
  - Pas ou peu de fièvre
  - Masse sensible
  - Diagnostic échographique et à la ponction

- Diagnostic échographique ++ :
  - Facile quand l'abcès est collecté : zone d'échogénicité hétérogène et de contours irréguliers
  - Difficile au tout début
  - A répéter





## Diagnostic différentiel

- Canal lactifère bouché: masse sensible sans signes inflammatoires
- Galactocèle: kyste de lait, masse arrondie indolore, pas de signes inflammatoires, diagnostic à la ponction
- Adénome et fibroadénome : tumeurs bénignes, masse régulière (arrondie) indolore, mobile, ferme au palper

#### Carcinome

- Y penser surtout si
  - Echec de ponction ou échec de traitement
  - Femme 40 ans ou +
  - ATCD familiaux

#### Poursuite AM possible

- Au moins sur le sein controlatéral
- Sur le sein atteint sauf si région péri-aréolaire
- Tire-lait
- A discuter
  - pour le streptocoque B (attendre efficacité du traitement)
  - et pour certains pour le streptocoque A (si enfant vulnérable)

#### Évolution

- Arrêt AM fréquent, quoique rarement nécessaire
- Longue ++ avec TT classique
  - >> 4-6 semaines

# Le traitement classique

- Enseigné voire asséné dans toutes les Facultés de Médecine françaises mais aussi à l'étranger
- « Quand l'abcès n'est pas incisé à temps, le pus tend à se faire jour spontanément à la surface. Ne pas attendre ces manifestations,
- sevrer immédiatement le bébé que l'on passe à l'allaitement artificiel
- inciser l'abcès, la guérison est rapidement obtenue. » Séméiologie Chirurgicale 1974 (1)
- « The standard treatment of breast abscess in lactating women is incision and drainage » British Médical Journal 1988 (3)

# Et pourtant...

- Les premières publications datent de 1933 où un drainage avec lavage au dakin est mis en œuvre.
- Dès la découverte de la pénicilline et sa disponibilité, d'autres publications (1946) préconisent la ponction associée à l'antibiothérapie.
- Depuis les années 80 les publications se multiplient issues de diverses parties du monde Asie, Australie, Amérique, mais surtout de nos voisins européens Suisse, Allemagne, Belgique, Grande-Bretagne, Suède, Espagne, Danemark.
- Est-ce parce qu'ils s'intéressent plus que nous à l'allaitement maternel ?

## Abcès du sein

# Les alternatives thérapeutiques

- ATB seuls inefficaces
  - Inutile d'attendre
  - Sauf dans les tout petits abcès
- TT « classique »
  - Incision + drainage chirurgical
  - // à aréole mais à distance
  - Eviter incision radiaire ou autour mamelon
- Ponction lavage antibiotiques





# Enfin Une étude française

Abcès du sein lactant : et si on ne les opérait plus ?
M-P Debord, E Poirier, H Delgado, M Chalot, C Cpmin, R, Audrant, F Golfier, O
Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction vol 45 n°3 mars 2016

- Étude rétrospective de décembre 2007 à décembre 2013 CHU LYON sud soit 12,239 naissances
- Équipe pluridisciplinaire : Gynécologues, radiologue et sage femme consultante en lactation
- Tous les abcès ont été enregistrés sur cette période 0,32% naissances et 0,52% des allaitements
- Biais de recrutement : 2/3 des patientes ont accouché dans une autre maternité
- Les abcès survenus pendant la grossesse ont été exclus

# Une étude française

Abcès du sein lactant : et si on ne les opérait plus ?
M-P Debord, E Poirier, H Delgado, M Chalot, C Cpmin, R, Audrant, F Golfier, O
Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction vol 45 n°3 mars 2016

- 40 patientes prises en charge pour abcès du sein lactant
- 6 patientes exclues car chirurgie d'emblée pour 4 et antibiothérapie exclusive pour 2 patientes
- Diagnostic clinique confirmé par échographie et ponction lavage échoguidée sous AL
  - Bactériologie du liquide de ponction avec antibiogramme
  - +/- bactériologie du lait à mi jet après asepsie
  - Antibiothérapie de 10 jours et antalgie palier 1
- Réévaluation tous les 2-3 jours la 1ère semaine puis 1 fois par semaine jusqu'à guérison

- 34 patientes ponctionnées (0,32% des naissances)
- Âge moyen 29,3 ans
- 91,1% de primipares (31/34)
- Délai moyen de survenue de l'abcès 56,4j post partum
- Nombre de jours d'évolution des symptômes avant consultation 1-26 j avec une moyenne de 9,9 jours
- 94% d'abcès unilatéral
- Nombre d'abcès
  - 28 patientes avaient 1 seul abcès
  - 3 patientes avaient 2 abcès
  - 1 patiente avait 4 abcès
  - Et 2 patientes avaient 5 abcès
- Taille de l'abcès de 10 à 150mm avec une moyenne de 41mm

#### Facteurs de risque de l'abcès

- 91 % mastite
- 38 % crevasses
- 38 % embout en silicone
- 14,7 % mycose mammaire

#### Bactériologie

- 82% staphylocoque doré (28 patientes
- 6% E Coli (2 patientes)
- 3 résultats non connus

#### Prélèvement du mamelon

- 67% staphylocoque doré
- 11% streptocoque A
- 22% prélèvement stérile

#### Antibiothérapie prescrite

- 47% pristinamycine (16 patientes
- 29% amoxicilline-ac clavulanique (10 patientes)
- 12% oxacilline (4 patientes)
- 3 patientes amoxicilline 1 patiente josamycine

#### Nombre de ponctions

- 56% 1 seule ponction (19 patientes)
- 17,6% 2 ponctions (6 patientes)
- 15% 3 ponctions (5 patientes)
- 6% 4 ponctions (2 patientes)
- 6% 5 ponction (2 patientes)

#### Volume ponctionné

- 2 à 100ml avec une moyenne de 22,5ml
- Taux de réussite 91,2% (31 patientes) et 3 échecs (8,8%) : 3 patientes opérées
  - 1 après après 1 ponction
  - 1 après 2 ponctions
  - 1 après 4 ponctions

- Suivi initial tous les 2 à 3 jours la 1ère semaine puis 1 fois par semaine jusqu'à guérison
- Durée du suivi 4 jours à 7 mois (moyenne 46,5 jours)
- Complications
  - 5 fistulisations
  - Pas de récidive
- Hospitalisation
  - Toutes les patientes ponctionnées on été traitées en ambulatoire
  - Les 3 patientes opérées ont été hospitalisées avec une durée d'hospitalisation de 4 à 9 jours (moyenne 6,3j)
- Évolution de l'allaitement
  - 87,8% des patientes ont poursuivi l'allaitement
  - Dont 48,5% au niveau du sein abcédé
- Aucune infection chez le bébé n'a été rapportée

# L'abcès du sein, la ponction



# L'abcès du sein



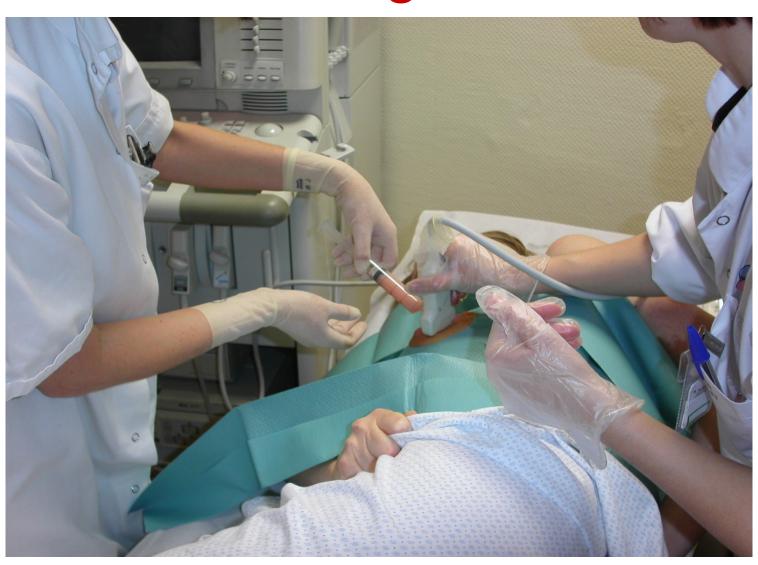
# L'abcès du sein traitement « médical » repérage échographique



# L'abcès du sein ponction à l'aiguille



# L'abcès du sein lavage



# L'abcès du sein





Avant la ponction

Après la ponction

# La conduite pratique proposition de protocole

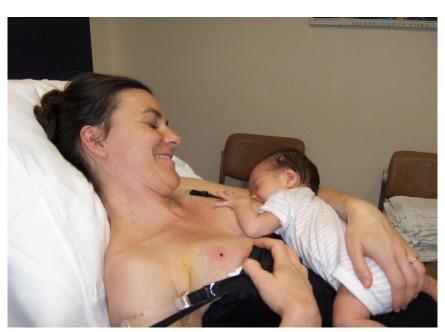
- Technique chirurgicale
  - Abcès > 6 8 cm mais des abcès plus volumineux ont guéri par ponction simple
  - Demande de la maman
  - -Patiente à risque de cancer du sein
  - Aspect inhabituel

# La conduite pratique proposition de protocole

- Technique médicale
  - Abcès < 3 à 5cm</li>
    - ponction lavage sérum physiologique sous AL et échographie aiguille 14 à 18 gauges
      - AL xylocaïne 1%
      - Ponction directe
    - Surveillance toutes les 48 à 72 heures puis 1 fois par semaine
    - Antibiothérapie 10-15 jours
      - PRISTINAMYCINE (PYOSTACINE®)
      - OXACILLINE (ORBENINE® orale BRISTOPEN® injectable exclusivement)
      - QUINOLONE
      - BACTRIM(®)
  - Abcès > 5 cm
    - Ponction itérative +/- pose d'un cathéter (mise en place en zone saine)
    - Même suivi



# L'abcès du sein autre vision





Après la ponction le sourire et la tétée

# Abcès du sein : comparaisons des modalités de traitement

### Traitement chirurgical

- Hospitalisation
- Chirurgie sous AG
- Coût élevé
- Arrêt fréquent AM
- Séparation mère-enfant
- Guérison lente
- Risque altération fonction lactation
- Résultat esthétique ??
- TT radical
- Permet de réaliser une biopsie

### Traitement médical

- Ponction-drainage
- En externe
- Pas d' AG
- Moindre coût
- Pas d'arrêt AM
- Pas de séparation mère-bb
- Guérison plus rapide
- Faible risque de lésion canalaire
- Pas de cicatrice
- Risque échec 15 %
- Plus contraignant pour le médecin
- Attention aux formes inhabituelles prévoir une cytologie DIULHAM GGF

### Abcès du sein : conclusion

- Diagnostic avant tout clinique
- Peut être confirmé par échographie
- Traitement : drainage + antibiothérapie
  - Ponction-aspiration échoguidée +/- répétées
  - A supplanté l'incision chirurgicale, longtemps considérée comme le gold standard thérapeutique
  - Chirurgie :
    - en cas d'échec des traitements conservateurs
    - en cas d'abcès récidivant ou chronique
- Poursuite de l'allaitement : non contre-indiqué à soutenir +++

## Abcès du sein : Références

- Ulitzsch D, Nyman MK, Carlson RA. Breast abscess in lactating women: US-guided treatment. Radiology 2004;232:904-9.
- Berna-Serna JD, Madrigal M, Berna-Serna JD. Percutaneous management of breast abscesses. An experience of 39 cases. Ultrasound Med Biol. 2004;30:1-6.
- Eryilmaz R et al. Management of lactational breast abscesses The Breast 2005; 14, 375–379
- Christensen AF et al. Ultrasound-guided drainage of breast abscesses: results in 151 patients. Br J Radiol. 2005;78:186-8.
- Betzold CM. Update on the Recognition and Management of Lactational Breast Inflammation J Midwifery Womens Health 2007;52:595–605
- Delaloye JF et al. Abcès du sein : privilégier la ponctionaspiration échoguidée. Revue médicale suisse 2010. 2010-14.
- Jean-François Trop I et al. Breast abscesses: evidence-based algorithms for diagnosis, management, and follow-up.
   Radiographics 2011;31:1683-99

### Abcès du sein : Références

- Scott-Conner CE, Schorr SJ. The diagnosis and management of breast problems during pregnancy and lactation. Am J Surg. 1995;170:401-5
- Imperiale A, Zandrino F, Calabrese M, Parodi G, Massa T.Abscesses of the breast. US-guided serial percutaneous aspiration and local antibiotic therapy after unsuccessful systemic antibiotic therapy. Acta Radiol. 2001;42:161-5.
- Dener C, Inan A. Breast abscesses in lactating women. World J Surg. 2003;27: 130-3.
- Leborgne F, Leborgne F. Treatment of breast abscesses with sonographically guided aspiration, irrigation, and instillation of antibiotics. AJR Am J Roentgenol. 2003;181:1089-91.
- Amir LH, Forster D, McLachlan H, Lumley J. Incidence of breast abscess in lactating women: report from an Australian cohort. BJOG 2004;111: 1378-81.
- Thirumalaikumar S, Kommu S. Best evidence topic reports. Aspiration of breast abscesses. Emerg Med J. 2004;21:333-4.
- I Leconte, L Fellah Mastite et allaitement Imagerie médicale de la femme 2008 ; 18 : 223-228
- I Trop A Dugas J David et al Breast abscess : evidence-bases algorithms for diagnosis,
- management and follow up. Radiographics 2011 oct (31) 1683-1699