

L'abcès du sein tant redouté

Autor(en): **Tilly, Marie Noël de**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = Obstetrica : la revue spécialisée des sages-femmes**

Band (Jahr): **120 (2022)**

Heft 5

PDF erstellt am: **21.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-1002362>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

L'abcès du sein tant redouté

Dans cet article, Marie Noël de Tilly, infirmière IBCLC, fait le point sur la conduite à tenir pour diminuer le risque d'abcès lors d'une mastite et résume certains aspects du traitement et de l'accompagnement d'une mère qui développe cette rare complication. Elle abordera dans un prochain article les soins de plaie suite à l'incision de l'abcès du sein.

TEXTE: MARIE NOËL DE TILLY

1^{ère}
partie

Il existe bien des accidents de parcours qui peuvent survenir pendant un allaitement. Mais l'abcès est certainement celui qui inquiète le plus les mères... et les professionnel-le-s de la santé. Si, à une certaine époque, la littérature rapportait une prévalence de près de 11% des mastites puerpérales qui évoluaient en abcès (Thomsen *et al.*, 1984), on parle aujourd'hui plutôt de 3% (Amir *et al.*, 2004). Une des raisons de cette diminution tient peut-être à l'amélioration de la gestion de l'allaitement et de la prise en charge des infections du sein.

Au commencement...

C'est dire à quel point il est important de bien surveiller une mère qui se plaint de rougeur, de chaleur, d'œdème et/ou de douleur au niveau du sein. La mastite est une inflammation qui peut, ou pas, évoluer en infection. La fièvre et l'état grippal ne sont pas toujours présents et leur absence peut tromper le-la clinicien-ne. Le point de départ d'une mastite est habituellement l'engorgement. Les agents infectieux s'introduisent par le canal lactifère et profitent d'une stagnation du lait maternel ou colonisent les canaux lymphatiques par une crevasse du mamelon (Lawrence & Lawrence, 2016). Les mastites se développent souvent

dans les six premières semaines du post-partum (Lawrence & Lawrence, 2016), ce qui n'est pas étonnant puisque la fatigue et le stress de la mère sont des facteurs favorisants (voir encart page 60).

Mais pourquoi un abcès?

Plus la mère attend pour obtenir de l'aide, plus il y a de risques de développer un abcès. Les premières choses à mettre en place sont donc le drainage très fréquent du sein, par le nourrisson mais aussi avec un tire-lait, et bien sûr le repos. Orienter le menton de l'enfant vers la zone inflammée permet aussi de mieux drainer la section du sein qui est engorgée. Les anti-inflammatoires ainsi que des compresses (froid, argile,...) peuvent soulager les symptômes. Selon l'*Academy of Breastfeeding Medicine*, les antibiotiques sont à débiter si le traitement conservateur n'a pas donné de résultats après 12 à 24 heures (Amir *et al.*, 2014), en tenant compte du fait que le germe le plus souvent en cause est le *Staphylococcus aureus*. Le temps écoulé entre le début des symptômes et la consultation influence sur la décision de commencer plus vite l'antibiothérapie. Normalement, sous traitement, l'amélioration de l'état de la mère a lieu rapidement. Le sevrage est absolument déconseillé,



Anjie Kroll-Witzer

d'autant plus que des antibiotiques contre le *Staph. aureus* sont compatibles avec l'allaitement.

Malgré une antibiothérapie, une collection purulente peut quand même se former, ou être déjà présente dans la zone infectée du sein. La palpation du sein tout au long du suivi permet d'évaluer l'évolution d'une induration. Évidemment, les doigts d'une sage-femme ou d'un·e consultant·e en allaitement ne sont pas dotés d'une sonde à ultrasons! La collaboration avec le médecin est essentielle si une masse palpée persiste, ou si les symptômes durent.

Bien sûr, l'abcès n'est pas le seul type de masse que l'on peut rencontrer chez une femme qui allaite. Les fibroadénomes et les kystes sont assez communs (Mitchell *et al.*, 2019) et un cancer du sein peut présenter un tableau clinique semblable à une mastite.

Et après?

L'échographie est tout autant un moyen diagnostique qu'une thérapie dans le cas des abcès. Les radiologues sont partie prenante de l'équipe thérapeutique puisque la ponc-

tion sous échographie est maintenant préférée à l'incision chirurgicale et au drainage pour les abcès de moins de 5 cm (Colin *et al.*, 2019). Les avantages sont nombreux pour la mère et son enfant; c'est un traitement ambulatoire qui laisse peu de cicatrices sur les canaux lactifères et le sein et cela évite la séparation mère-enfant (Debord *et al.*, 2014). Les ponctions peuvent nécessiter un rinçage avec une solution saline et doivent parfois être répétées plusieurs fois (Colin *et al.*, 2019). L'antibiothérapie est poursuivie ainsi que le drainage fréquent du lait tout au long du traitement par ponction. La guérison nécessite environ une semaine (Newman, 2017).

En cas de collection plus importante, une intervention chirurgicale est indiquée. L'allaitement peut se poursuivre mais il est fréquent que les mères décident de sevrer (Lee, 2010). De toute façon, le drainage du lait doit absolument se prolonger. Certain·ne·s clinicien·ne·s recommandent un sevrage médicamenteux mais ce n'est vraiment pas le bon moment. L'incision n'est jamais suturée et un drain est posé. L'incision guérit de l'intérieur vers l'extérieur en 2 à 3 semaines (Riordan & Wambach, 2010). Le lait qui coule de l'incision n'empêche pas la cicatrisation (Australian Breastfeeding Association, 2016), au contraire.

Le sevrage est absolument déconseillé, d'autant plus que des antibiotiques contre le *Staph. aureus* sont compatibles avec l'allaitement.

La mère doit être informée de la suite du traitement par la sage-femme car la préparation psychologique est bénéfique pour diminuer la douleur post-intervention et stabiliser l'état émotionnel.

L'abcès froid

Certaines mères développent quand même un abcès sans le tableau clinique de la mastite. Il y a peu ou pas de fièvre et de signes inflammatoires, avec un développement lent et insidieux. Les douleurs peuvent être chroniques (Schelstraete, 2005) ou présentes seulement si on appuie sur l'induration. Une coque se forme autour du pus. L'abcès froid doit être drainé, par ponction ou incision.

L'importance de l'accompagnement

La mère doit être informée de la suite du traitement par la sage-femme car la préparation psychologique est bénéfique pour diminuer la douleur post-intervention et stabiliser l'état émotionnel (Powell *et al.*, 2016). Lorsqu'il s'agit d'une ponction sous ultrasons, le trocart utilisé est impressionnant. La douleur lors de la ponction n'est pas non plus à négliger, puisque l'anesthé-

sie locale sur un tissu inflammé est sous-optimale. L'utilisation de protoxyde d'azote peut aider la mère à mieux gérer son anxiété pendant la procédure.

Dans le cas d'un drainage sous anesthésie générale, il faut éviter de séparer la mère de son enfant, même lors d'une intervention en urgence. La mère doit pouvoir garder son nourrisson avec elle lors d'une hospitalisation car un nourrisson allaité risque bien de refuser le biberon! Expliquer à la mère qu'il y aura un drain et la préparer à l'apparence du sein sous le pansement est essentiel. Il faut aussi la rassurer de l'innocuité des médicaments pour son lait.

Le suivi à domicile de la mère, pour bien drainer le sein, changer les pansements et gérer la lactation, est effectué par la sage-femme. Quelquefois, la plaie nécessite un type de pansement particulier, à mettre en place avec un.e spécialiste des plaies. La mère aura besoin de temps et d'écoute pour vivre cette étape difficile... Quelquefois même, elle voudra changer de sage-femme.

Etude de cas

Il s'agit d'une primipare à trois semaines post-partum. C'est une dame élégante, avec une poitrine opulente. Elle a une surabondance de lait maternel et n'est pas consciente de l'importance de bien drainer ses seins. Elle présente des symptômes d'engorgement et d'inflammation localisé au sein droit depuis 24 heures, sans fièvre, et est référée par sa sage-femme au gynécologue. La sonographie est sans particularité et un traitement conservateur est mis en place avec l'aide de la consultante en allaitement. Après 24 heures, la consultante palpe sur le sein droit une induration du quadrant supérieur interne qui s'avère être un petit abcès. Les antibiotiques sont débutés et rendez-vous est pris chez le radiologue le lendemain pour une ponction. Cela fait 72 heures que la dame a débuté sa mastite. Le radiologue observe deux abcès, un de 2 cm de diamètre et l'autre de 6 par 3 cm. La ponction (avec prélèvement pour culture) est faite sous anesthésie locale et permet de drainer 20 mL de pus. La mère dit avoir ressenti l'intervention, d'une durée de 30 minutes, comme une horrible séance de torture. Elle est alors hospitalisée pour une antibiothérapie intraveineuse avec son nouveau-né.



Facteurs de risque

Quelques facteurs de risques pour développer une mastite (Walker, 2014 et Amir *et al.*, 2014):

- Crevasses du mamelon
- Trouble de la succion
- Canal lactifère bouché
- Stase de lait
 - Longue pause entre deux tétées / séances de tire-lait
 - Sevrage rapide
 - Nourrisson malade
- Pore du mamelon bouché
- Pression sur le sein (soutien-gorge, sac à dos)
- Hyperlactation
- Diabète de type I
- Piercing de moins de 18 mois

À la suite de l'expérience bouleversante de sa patiente, le gynécologue décide de faire une ponction avec rinçage sous anes-

à l'aiguille boutonnée et le pansement est changé régulièrement pour éviter la macération de la peau. Un inhibiteur de la prolactine, dosé faiblement, est administré pour diminuer la lactation.

Lors du retour à domicile, la mère demande à être suivie par une autre sage-femme. Les fuites de lait par la plaie perdurent deux semaines. Un tire-allaitement est mis en place et la mère produira deux litres de lait par jour pendant trois mois. Elle se dira traumatisée par son expérience et dégoûtée de son image corporelle.

La meilleure façon d'éviter un abcès et une mère découragée qui sèvre, c'est de rapidement et fréquemment drainer le sein et de débiter les antibiotiques assez tôt.

thésie générale. Le retour de salle d'opération est choquant pour la maman. Deux drains Penrose® sont en place et seront ôtés après trois jours. L'apparence du sein est fortement modifiée. Les incisions ont été pratiquées loin de l'aréole, pour permettre l'utilisation du tire-lait. Des rinçages se font

En
somme...

La meilleure façon d'éviter un abcès et une mère découragée qui sèvre, c'est de rapidement et fréquemment drainer le sein et de débiter les antibiotiques assez tôt. Et quelquefois, malgré tous les bons soins prodigués, un abcès se développe quand même. Il faut alors être bienveillant avec soi-même, en tirer des apprentissages et rester à l'écoute de la mère. ☉

AUTEURE



Marie Noël de Tilly, infirmière MSc. Inf, IBCLC, Institut Européen pour l'allaitement maternel et la lactation (IEAML). Infirmière de formation ayant exercé en pédiatrie, en néonatalogie et au post-partum. Chargée de cours à l'IEAML et consultante en allaitement IBCLC auprès des dyades mère-enfant depuis 2009. Elle est également responsable de module pour le nouveau CAS en allaitement et lactation proposé conjointement par l'IEAML et la Haute école de santé de Fribourg, www.heds-fr.ch

Références

Amir, L. H., Forster, D., McLachlan, H., & Lumley, J. (2004) Incidence of breast abscess in lactating women: report from an Australian cohort. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*; 111(12), 1378-1381. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2004.00272.x>

Amir, L. H., & Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee (2014) ABM clinical protocol #4: Mastitis, revised March 2014. *Breastfeeding medicine: the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*; 9(5), 239-243. <https://doi.org/10.1089/bfm.2014.9984>

Australian Breastfeeding Association (2016) *Breast Abscess*; www.breastfeeding.asn.au

Colin, C., Delov, A. G., Peyron-Faure, N., Rabilloud, M., & Charlot, M. (2019) Breast abscesses in lactating women: evidences for ultrasound-guided percutaneous drainage to avoid surgery. *Emergency radiology*; 26(5), 507-514. <https://doi.org/10.1007/s10140-019-01694-z>

Debord, M. P., Poirier, E., Delgado, H., Charlot, M., Colin, C., Raudrant, D., Golfier, F., & Dupuis, O. (2016) Abcès du sein lactant: et si on ne les opérerait

plus? *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*; 45(3), 307-314. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.04.004>

Lawrence, R. & Lawrence, R. (2016) Breastfeeding. A Guide for the Medical Profession. 8 Ed. Philadelphia: Elsevier.

Lee, I. W., Kang, L., Hsu, H. P., Kuo, P. L., & Chang, C. M. (2010) Puerperal mastitis requiring hospitalization during a nine-year period. *American journal of obstetrics and gynecology*; 203(4), 332.e1-332.e3326. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.05.012>

Newman, J. (2017). *Canaux lactifères bouchés et mastites*. www.lillfrance.org

Mitchell, K. B., Johnson, H. M., Eglash, A., & Academy of Breastfeeding Medicine (2019) ABM Clinical Protocol #30: Breast Masses, Breast Complaints, and Diagnostic Breast Imaging in the Lactating Woman. *Breastfeeding medicine: the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*; 14(4), 208-214. <https://doi.org/10.1089/bfm.2019.29124.kjm>

Powell, R., Scott, N. W., Manyande, A., Bruce, J., Vögele, C., Byrne-Davis, L. M., Unsworth, M., Osmer,

C., & Johnston, M. (2016) Psychological preparation and postoperative outcomes for adults undergoing surgery under general anaesthesia. *The Cochrane database of systematic reviews*; (5), CD008646. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008646.pub2>

Riordan, J. & Wambach, K. (2010) *Breastfeeding and Human Lactation, 4th Edition*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.

Schelstraete, C. (2005) Abcès du sein: attention aux situations cliniques parfois trompeuses! *Dossiers de l'Allaitement*; numéro 63. www.lillfrance.org

Thomsen, A. C., Espersen, T., & Maigaard, S. (1984) Course and treatment of milk stasis, noninfectious inflammation of the breast, and infectious mastitis in nursing women. *American journal of obstetrics and gynecology*; 149(5), 492-495. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(84\)90022-x](https://doi.org/10.1016/0002-9378(84)90022-x)

Walker, M. (2014) *Breastfeeding Management for the Clinician: using the Evidence, 3rd ed.* Burlington: Jones & Bartlett Learning.