

# Prise en charge des abcès du sein chez la femme allaitante

Historique des modifications		
Version	Dates de modification	Objets de la modification
N°1	23/01/2024	Création

**Indexation:** 2024\_REF\_ALLT\_ABCES\_SEIN. Référentiel accessible sur [www.perinatalite-occitanie.fr](http://www.perinatalite-occitanie.fr)

Seule la version informatique fait foi

Périodicité de révision : 5 ans

## Animation

- Mme COQUENAS Jessica , sage-femme, RPO
- Dr MAZURIER Evelyne, pédiatre, RPO

## Rédaction

- Dr BRUNI-BIZET Anne-Flore, pédiatre, Nîmes
- Dr BUFFETEAU Aurélie, gynécologue-obstétricien, CHU de Toulouse
- Mme CASARINO Christine, auxiliaire de puériculture, IBCLC, Clinique de l'Ormeau, Tarbes
- Dr DELACROIX Charlotte, gynécologue-obstétricien, CHU de Nîmes
- Dr GADRAS Cécile, gynécologue, CH de Rodez
- Mme LACROIX Séverine, sage-femme, DIULHAM, CH de Rodez
- Dr MAZURIER Evelyne, pédiatre, RPO
- Dr PARENT Maud, gynécologue-obstétricien, CHU de Toulouse
- Mme PICAROUGNE Perrine, puéricultrice,
- Mme SOUM Céline, sage-femme, DIULHAM, Hôpital J Ducuing, Toulouse
- Dr ROBIN Amaury gynécologue-obstétricien, CH de Rodez

## Validation :

Conseil scientifique RPO du 23/01/2024

<b>Objet</b>	Ce référentiel décrit la prise en charge des abcès du sein puerpéraux
<b>Domaine d'application</b>	Ce référentiel s'adresse aux professionnels de santé du territoire d'Occitanie. Rédigé sous l'égide du Réseau de Périnatalité Occitanie, ce référentiel est proposé à titre indicatif et ne saurait être opposable au cas où le praticien en charge du patient estimerait qu'une conduite différente serait plus appropriée, dans le cas général ou dans un cas particulier.
<b>Documents de référence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CNGOF, Recommandations pour la Pratique Clinique : Les tumeurs bénignes du sein, 2015.</li> <li>- Boakes E, Woods A, Johnson N, Kadoglou N. Breast Infection : a Review of Diagnosis and Management Practices. Eur J Breast Health. 2018 Jul 1;14(3):136-143</li> <li>- Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum, Revised 2022</li> <li>- Irusen H. Treatments for breast abscesses in breastfeeding women. Cochrane Database of Systemic Reviews 2015, Issue 8. Art. No.: CD010490</li> <li>- ADV, PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DES ABCES DU SEIN AUX URGENCES GYNECOLOGIQUES, 2021</li> <li>- PDV, Protocole complications de l'allaitement, 2023</li> </ul>

## Référentiel

### Sommaire référentiel

I.	Définition et généralités.....	3
II.	Diagnostic.....	3
III.	Prise en charge .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>

## I. Définition et généralités

- Abscès = collection purulente dans la glande mammaire
- Incidence : compliquent 3% des mastites, 0,1 à 3% des femmes allaitantes
- Motif fréquent de consultations
- Survenue dans les 6 premières semaines, complique une mastite infectieuse
- Bactéries les + souvent impliquées : staphylococcus aureus et streptococcus
- A noter : Ancienne dénomination : mastite inflammatoire = lymphangite / mastite infectieuse = galactophorite.

## II. Diagnostic

- **Clinique :**
  - Signes systémiques (fièvre, sd pseudo-grippal)
  - Masse douloureuse rénitente avec inflammation cutanée au regard
- **Echographique :** Aide au diagnostic (nombre et nature : uni ou multi loculé) + guide la prise en charge.

Préférer la sonde endovaginale car de plus haute fréquence, contours plus nets de l'abcès

**! La mammographie en phase aiguë n'est pas utile au diagnostic !**

## III. Prise en charge

Objectif de la PEC : guérison rapide avec si possible poursuite de l'allaitement maternel

L'efficacité dépend de la rapidité de la prise en charge.

Traitement : Vidange de l'abcès avec plus ou moins mise en place d'une antibiothérapie

- 3 techniques de PEC :
  - Mise à plat chirurgicale
  - Ponction/aspiration échoguidée
  - Drainage percutané



Antibiothérapie systématique à mettre en place

Le choix de la PEC doit être laissé à la patiente. A noter : indication chirurgicale d'emblée en cas de lésion cutanée

Antibiothérapie : un traitement antibiotique est indispensable

L'antibiotique de choix sera la pristinamycine (Pyostacine) : 1g\*3 pendant 10 jours en première intention.

En cas d'indisponibilité de la pyostacine, opter pour :

- Penicilline M (Cloxacilline) 1g\*3 pendant 10 jours
- Cefalexine (Keforal 1g\*2/jr)

Attention, dans ce cas, une surveillance rapprochée devra être mise en place car il existe un risque d'évolution vers un abcès devant le pourcentage élevé de résistance (20% de résistance).

	<b>Ponction aspiration ou cathétérisme</b>	<b>Mise à plat chirurgicale</b>
<b>Avantages</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapide, aux urgences.</li> <li>- Pas d'anesthésie générale (sous AL)</li> <li>- Favorise le maintien de l'allaitement.</li> <li>- Temps de guérison plus court.</li> <li>- Meilleur résultat esthétique à long terme.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geste unique le plus souvent.</li> <li>- Sous anesthésie générale donc pas de douleur au cours du geste.</li> <li>- Soulagement immédiat</li> <li>- Pas de nécessité d'antibiotiques.</li> </ul>
<b>Inconvénients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geste désagréable.</li> <li>- Doit parfois être répété plusieurs fois (notamment si abcès &gt; 3-5 cm).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arrêt fréquent de l'allaitement sur le sein infecté (douleurs post opératoires).</li> <li>- Hospitalisation (en suite de couche si place disponible)</li> <li>- Soins de méchage quotidiens et désagréables jusqu'à guérison complète.</li> <li>- Cicatrice disgracieuse</li> </ul>

## 1. Ponction/aspiration échoguidée

### ● Technique de ponction :

- Anesthésie locale à la xylocaïne 1% (+/- Emla® patch 1h avant)
- Proposer le MEOPA (attentions aux CI : Accident de plongée, hypertension intracrânienne, altération de l'état de conscience, pneumothorax, bulles d'emphysèmes, oxygénothérapie intense, distension abdominale gazeuse, embolie gazeuse)
- Patiente en décubitus dorsal
- Champs stériles, nettoyage bétadine® 4 temps ou Biseptine® ou bétadine® alcoolisée
- Ponction à l'aiguille de 18 G sous contrôle échographique (Trajet oblique)
- Point d'entrée le plus éloigné possible du mamelon
- Aspiration du pus ; Si pus trop épais, le diluer avec de l'eau pour favoriser son aspiration.
- Prélèvement bactériologique
- Irrigation au sérum physiologique ± Xylocaine® lidocaïne 1% jusqu'à 7 mg/kg jusqu'à éclaircissement
- Pansement simple

### ● Suivi :

- Prévoir une visite post-ponction à 48h
- Contrôler les résultats de l'antibiogramme ± adaptation de l'antibiothérapie en cas de récurrence : Soit Ponctions itératives.
- Poursuite de l'allaitement avec les deux seins
- Ne pas méconnaître un problème mammaire sous-jacent, penser au bilan radiologique à distance (1 mois après la guérison)
- Délai de guérison pouvant aller jusqu'à plusieurs semaines
- Nouvelle(s) ponction(s) possible(s) si recollection. A discuter avec la patiente selon la tolérance du geste
- Pas de nombre maximal de ponction devant amener au recours à une prise en charge chirurgicale sauf si mauvaise tolérance maternelle du geste
- Consultation allaitement à prévoir pour optimiser la prise en charge
- AINS prudent

## 2. Cathétérisme

- Indication : à proposer sur abcès > 5 cm.
- Geste :
  - Ponction aspiration de l'abcès puis mise en place d'un cathéter en queue de cochon (8F pig tail cathéter) ou d'une sonde de Foley pédiatrique, laissé en place et relié à un système clos permettant des lavages pluriquotidiens jusqu'à résorption de l'abcès.
  - Poche de recueil en déclive type stomie, pas d'aspiration.
- Suites :
  - **Consultation toutes les 48 heures avec aspiration lavage** grâce au cathéter jusqu'à disparition de la collection.
  - **Antibiothérapie efficace pendant 10 à 14 jours.**
  - AINS prudent
- Temps moyen de traitement : 12 jours.
- Consultation allaitement à prévoir

## 3. Mise à plat chirurgicale

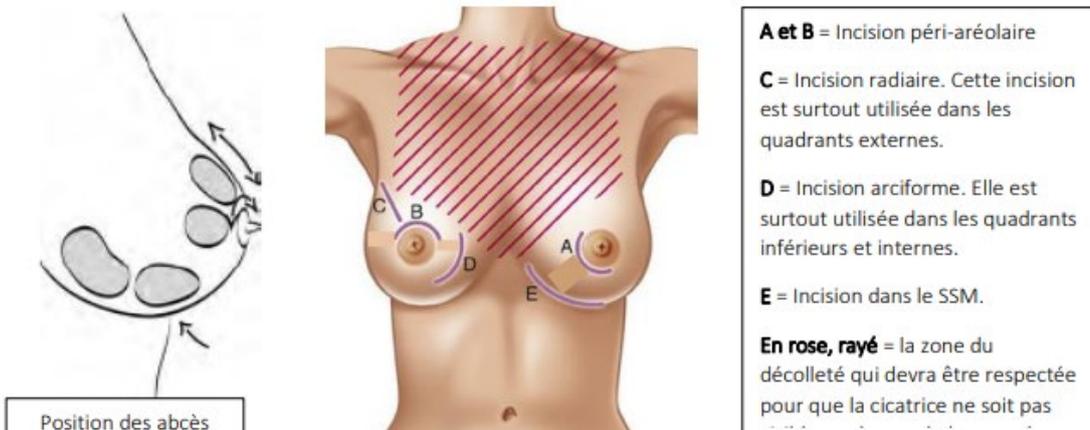
- Indications :
  - Echec de ponction(s), récurrence précoce douloureuse et choix de la patiente
  - Abcès récidivants ou chroniques
  - Signes de souffrance cutanée (Cf photos)
  - Augmentation de la taille de l'abcès malgré les ponctions itératives



- Technique :
  - Au bloc opératoire sous anesthésie générale.
  - Installation en décubitus dorsal, bras du côté du sein à opérer à 90°
  - Incision cutanée au regard de la collection. L'incision peut-être :
    - Radiaire dans le quadrant supéro-externe
    - Plutôt arciforme dans les quadrants inférieurs du sein
    - Péri-aréolaire mais à éviter en cas d'abcès puerpéral avec volonté de poursuivre l'allaitement
  - Prélèvement et évacuation du pus, effondrement des logettes, lavage de la cavité (eau oxygénée ou srum Bétadiné®).
  - Biopsie possible
  - Mise en place d'une mèche ou d'une lame avec contre incision selon la taille de l'abcès.
  - Lame ondulée de DELBET : drain passif, peu onéreux
  - Lame multitubulaire : effet de capillarité, plus chère

Le drain sera extériorisé par l'incision. Le trajet doit être déclive si possible (= vers le bas en position debout), fixé à l'aide d'un fil non résorbable indépendamment de la suture. Poche de recueil en déclive pour recueillir les sécrétions type poche de stomie 150 cc.

- Suture : monofilament non résorbable 2-0 ou 3-0 (Flexocrin®, Prolène®)



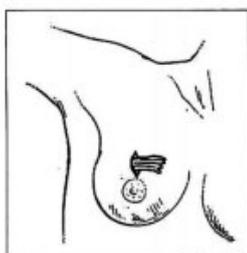
Effondrement au doigt des cloisons



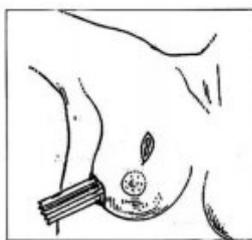
Lame de Delbet



Lame multitubulaire



Trajet direct de la lame



Trajet déclive après contre-incision



Chirurgie à éviter pendant l'allaitement. Si chirurgie, poche de recueil déclive permettant l'allaitement

- Suivi post-opératoire :
  - Arrêt tabac +++ (limite le risque de récidence)
  - AINS possible
  - Irrigation / lavage quotidien la cavité qui se referme en 1 ou 2 semaines.
  - Retrait du drain entre 24 et 72h en fonction de la taille de l'abcès

- Poursuite de l'allaitement : A encourager sur le sein abcédé sous couvert d'une antibiothérapie efficace avec antalgie maternelle. **(Sauf en cas d'enfant prématuré < 32 SA ou de nouveau-né hospitalisé en réanimation ou en néonatal → Se rapprocher du pédiatre)**
  - Ne pas méconnaître un problème mammaire sous-jacent, penser au bilan radiologique à distance (à 1 mois de la guérison)
  - Consultation allaitement à prévoir
- En cas de sevrage de l'allaitement : sevrage très progressif
    - Supprimer une tété ou une expression de lait tous les deux jours.
    - Supprimer une tétée uniquement si le sein est souple (pas de suppression si engorgement).
    - Si le sein est tendu ou douloureux, exprimer pour ne pas laisser s'installer l'inconfort (risque de complication)

La durée du sevrage est variable selon le stade de l'allaitement (1 mois en moyenne).