

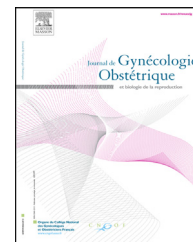


Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



TRAVAIL ORIGINAL

# Abcès du sein lactant : et si on ne les opérerait plus ?

*Lactational breast abscesses: Do we still need surgery?*

M.-P. Debord<sup>a,\*</sup>, E. Poirier<sup>a</sup>, H. Delgado<sup>a</sup>, M. Charlot<sup>b</sup>,  
C. Colin<sup>b</sup>, D. Raudrant<sup>a</sup>, F. Golfier<sup>a</sup>, O. Dupuis<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Service de gynécologie obstétrique, CHU de Lyon-Sud, 165, chemin du Grand-Revoyet, 69495 Pierre-Bénite cedex, France

<sup>b</sup> Service de radiologie, CHU de Lyon-Sud, 165, chemin du Grand-Revoyet, 69495 Pierre-Bénite cedex, France

Reçu le 16 juillet 2014 ; avis du comité de lecture le 12 mars 2015 ; définitivement accepté le 1<sup>er</sup> avril 2015

## MOTS CLÉS

Abcès ;  
Sein ;  
Ponction ;  
Échographie ;  
Allaitement ;  
Ambulatoire

## Résumé

**But.** – Évaluer l'efficacité de la ponction échoguidée dans le traitement de l'abcès du sein lactant et décrire les facteurs de risque de sa survenue.

**Matériels et méthodes.** – Étude rétrospective au CHU de Lyon-Sud de décembre 2007 à décembre 2013. Inclusion de patientes présentant un abcès du sein lactant confirmé à l'échographie, traitées par antibiothérapie et antalgiques. Réalisation de ponction échoguidée sous anesthésie locale par le radiologue avec lavage de la cavité au sérum physiologique.

**Résultats.** – Quarante patientes ont présenté un abcès à 10 semaines du post-partum en moyenne. Trente-quatre patientes ont été ponctionnées dont 2 ont eu une chirurgie première. La taille moyenne de l'abcès était de 41,2 mm. Le taux de réussite de la ponction était de 91,2%. Il n'a pas été observé de récurrences mais 5 fistulisations. La prise en charge a été ambulatoire dans 91,2% des cas. L'allaitement maternel a été poursuivi du côté sain dans 87,8% des cas et du côté atteint dans 48,5% des cas. Le principal facteur de risque de l'abcès était la mastite dans 91,1% des cas.

**Conclusion.** – La ponction de l'abcès lactant est une technique efficace, réalisée en ambulatoire, permettant la poursuite de l'allaitement maternel y compris du côté atteint.

© 2015 Publié par Elsevier Masson SAS.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [marie-pascale.debord@chu-lyon.fr](mailto:marie-pascale.debord@chu-lyon.fr) (M.-P. Debord).

## KEYWORDS

Breast abscess;  
Needle aspiration;  
Ultrasound guidance;  
Breastfeeding;  
Outpatient basis

## Summary

**Aim.** – To show the effectiveness of ultrasound-guided puncture in the treatment of lactational breast abscess and identify its risk factors.

**Materials and methods.** – Retrospective descriptive study at the CHU of Lyon-Sud from December 2007 to December 2013, including patients with lactational breast abscess confirmed on ultrasound and treated with antibiotics and analgesics. Realisation of ultrasound-guided needle under local anesthesia by the radiologist and washing the cavity with physiological serum.

**Results.** – Forty patients had lactational abscesses at an average of 10 weeks post-partum. Thirty-four patients were treated by needle aspiration, of which 2 had first surgical drainage. The average size of the abscess was 41.2 mm. The success rate of needle aspiration was 91.2%. No cases of recurrence were observed, however, there were 5 fistulisations. In all, 91.2% were treated on an outpatient basis. In 87.8% of cases, breastfeeding was continued on the healthy side and in 48.5% of cases on the affected side. The major risk factor for abscess was mastitis in 91.1% of cases.

**Conclusion.** – Ultrasound guidance of needle aspiration should be gold standard for the treatment of lactational breast abscesses to continue breastfeeding including the affected side.

© 2015 Published by Elsevier Masson SAS.

## Introduction

L'abcès du sein est une pathologie rare compliquant l'allaitement ; elle est estimée à 0,4% de survenue [1].

Le traitement conventionnel de l'abcès du sein est une prise en charge chirurgicale par incision et drainage. Cette technique réalisée sous anesthésie générale entraîne un résultat inesthétique, une séparation mère/nourrisson du fait de l'hospitalisation et le plus souvent un arrêt de l'allaitement [2].

Des études récentes rapportent que les abcès du sein peuvent être traités par une série de ponctions échoguidées associée à une antibiothérapie adaptée [3–8]. Réalisée sous anesthésie locale, elle permet une prise en charge ambulatoire des patientes, un meilleur résultat esthétique, une poursuite de l'allaitement maternel et un moindre coût.

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer l'efficacité de la ponction sous échographie dans le traitement de l'abcès. L'objectif secondaire est de définir les facteurs de risque de survenue d'un abcès du sein lactant.

## Matériels et méthodes

Une étude rétrospective descriptive a été réalisée de décembre 2007 à décembre 2013 au centre hospitalier universitaire de Lyon-Sud (CHLS). Le nombre d'accouchements pendant cette période était de 12 239, soit environ 2040 naissances par an.

Toutes les patientes adressées ou se présentant pendant cette période pour un abcès du sein survenant pendant l'allaitement ont été enregistrées. Les abcès en cours de grossesse ont été exclus. La suspicion d'un abcès du sein était basée sur la palpation d'une masse inflammatoire, fluctuante, circonscrite, douloureuse au niveau mammaire avec un épisode de fièvre. Le diagnostic était confirmé à l'échographie mammaire réalisée par un radiologue.



**Figure 1** Échographie mammaire d'une ponction d'un abcès du sein lactant.

*Breast ultrasound of a puncture of a lactant breast abscess.*

Une fois l'abcès confirmé, les patientes étaient ponctionnées. La ponction était réalisée par le radiologue sous anesthésie locale à la Xylocaïne® 1%, avec des aiguilles de calibre 18G à 16G, en abord indirect par rapport à la situation de l'abcès (Fig. 1).

Le liquide aspiré était envoyé systématiquement en culture et la cavité restante parfois lavée au sérum physiologique. Chaque fois que possible, était réalisé un prélèvement de lait au niveau du mamelon ipsilatéral à l'abcès pour analyse bactériologique avec compte de germes et antibiogramme, à l'expression manuelle, à mi-jet, après asepsie.

Toutes les patientes étaient traitées conjointement par une antibiothérapie orale pendant 10 jours et une antalgie de pallier 1. Le suivi clinique était effectué par une sage-femme consultante en lactation et un gynéco-obstétricien. Les patientes étaient réévaluées tous les 2/3 jours la première semaine, puis une fois par semaine jusqu'à ce qu'elles soient asymptomatiques et qu'il n'y ait plus de collection identifiable à l'échographie. Si nécessaire plusieurs ponctions étaient réalisées.

Pour chaque patiente, étaient enregistrés : l'âge, la parité, la latéralité et la localisation de l'abcès, la durée de l'allaitement et des symptômes, la poursuite de l'allaitement, le type de traitement effectué, les résultats bactériologiques des prélèvements, le nombre d'aspirations effectuées, la nécessité de recourir ou non à la chirurgie.

Les patientes étaient encouragées à poursuivre l'allaitement au niveau des deux seins, si l'abcès n'était pas péri-aréolaire et si la mère était favorable à cette idée.

## Résultats

Entre décembre 2007 et décembre 2013, 40 patientes ont été prises en charge au CHLS pour un abcès du sein lactant. Le nombre d'abcès correspondait à 0,32% des naissances. Six patientes ont été exclues car l'abcès avait été traité chirurgicalement ou par antibiothérapie exclusive. Trente-quatre patientes ont été ponctionnées dont 2 après une incision chirurgicale première (Fig. 2).

L'âge moyen était de 29,3 ans. Trente et une patientes étaient primipares (91,1%), 3 patientes étaient multipares (8,9%), soit une moyenne de 1,2 enfants par patiente.

La survenue moyenne de l'abcès était à 56,4 jours du post-partum soit à 8 semaines. Le nombre de jours d'évolution des symptômes avant la première consultation allait de 1 à 26 jours avec une moyenne de 9,9 jours.

Dans 94,1% des cas, l'abcès était unilatéral, autant situé dans le sein droit que gauche.

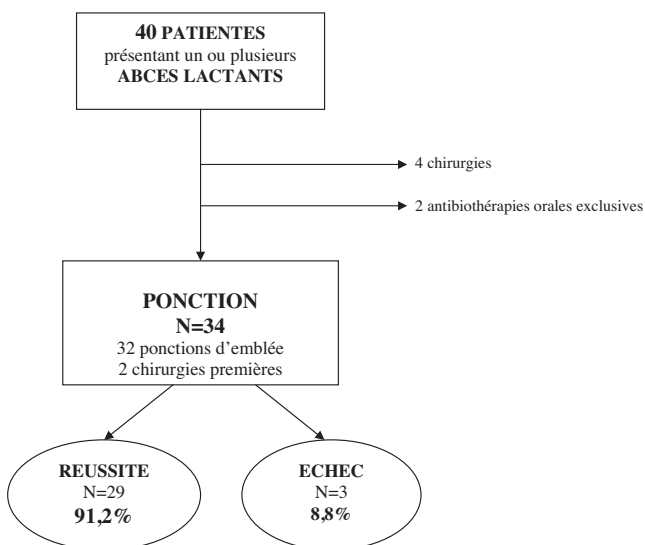


Figure 2 Résultats principaux de l'étude.  
Main results of the study.

L'abcès se situait dans le quadrant supéro-externe dans 27,0% des cas, dans le quadrant supéro-interne dans 21,6% des cas, à l'union des quadrants supérieurs dans 16,2% des cas, dans le quadrant inféro-externe dans 10,8% des cas, à l'union des quadrants inférieurs dans 8,1% des cas, en péri-aréolaire dans 5,4% des cas, à l'union des quadrants internes dans 5,4% des cas, à l'union des quadrants externes dans 2,7% des cas et dans le quadrant inféro-interne dans 2,7% des cas. Pour une patiente, la localisation n'était pas précisée dans le dossier.

Vingt-huit patientes avaient un seul abcès (82,4%), 3 patientes en avaient 2 (8,8%), 1 patiente en avait 4 (2,9%) et 2 patientes en avaient 5 (5,9%).

La taille des abcès allait de 10 mm à 150 mm avec une moyenne de 41,2 mm.

Parmi les facteurs de risque, 91,1% des femmes avaient eu une mastite précédant l'abcès, 38,2% avaient une ou plusieurs crevasses, 38,2% utilisaient un embout en silicone, 14,7% présentaient une mycose mammaire.

L'examen bactériologique des 34 patientes ponctionnées retrouvait pour 28 d'entre elles un *Staphylococcus aureus* (82,4%), pour 2 d'entre elles un *Escherichia coli* (5,9%) et pour 1 d'entre elles un *Staphylococcus xylosum* (2,9%). Le résultat bactériologique n'était pas connu pour 3 d'entre elles.

Les résultats bactériologiques du prélèvement mamelonnaire retrouvaient dans 66,7% des cas un *Staphylococcus aureus* sur le sein ipsilatéral à l'abcès et dans 11,1% des cas du streptocoque A. Le prélèvement était revenu stérile dans 22,2% des cas.

Concernant l'antibiothérapie, il a été prescrit pour 16 patientes de la pristinamycine (47,1%), pour 10 patientes de l'amoxicilline-acide clavulanique (29,4%), pour 4 patientes de l'oxacilline (11,8%), pour 3 patientes de l'amoxicilline (8,8%) et pour une patiente de la josamycine (2,9%).

Le volume de la première ponction allait de 2 à 100 mL, soit une moyenne de 22,5 mL. Pour 6 patientes, cette donnée n'était pas connue.

Le nombre de ponction par patiente était en moyenne de 1,9. Dix-neuf patientes ont eu une seule ponction (55,9%), 6 patientes en ont eu 2 (17,6%), 5 patientes en ont eu 3 (14,7%), 2 patientes en ont eu 4 (5,9%) et 2 patientes en ont eu 5 (5,9%).

Le taux de réussite de la technique par ponction était de 91,2% (Fig. 2).

Trois patientes ont été opérées après une prise en charge par ponction, une après 4 ponctions, une après 1 ponction, une après 2 ponctions, soit un taux d'échec de 8,8%. Ces 3 patientes primipares étaient à 11 semaines du post-partum en moyenne. Les symptômes évoluaient depuis 20,5 jours lorsqu'elles ont consulté la première fois. La taille de l'abcès était de 40, 55 et 80 mm soit une moyenne de 58,3 mm. Le volume ponctionné était respectivement de 20, 40 et 45 mL à la première ponction. Deux patientes avaient 1 seul abcès, une patiente en avait 5 sur le même sein. L'examen bactériologique a retrouvé du *Staphylococcus aureus* pour 2 d'entre elles et un *Escherichia coli* pour la troisième. Deux patientes étaient en cours de sevrage et une poursuivait l'allaitement maternel du côté sain.

La durée de suivi de l'abcès ponctionné, après la première consultation, était de 4 jours à 7 mois avec une moyenne de 46,5 jours. Parmi les complications de la ponction, l'abcès s'était fistulisé à la peau pour 5 patientes. Il n'a pas été observé de récurrence d'abcès pendant la période de l'étude. Le suivi était variable, tous les 2 jours à toutes les semaines jusqu'à la résolution complète de l'abcès.

Trente et une patientes (91,2%) ont eu une prise charge ambulatoire. Seules les 3 patientes dont la ponction était un échec ont été hospitalisées pour une prise en charge chirurgicale. La durée d'hospitalisation allait de 4 à 9 jours avec une moyenne de 6,3 jours.

Dans notre étude, 87,8% des patientes ont continué l'allaitement dont 48,5% au niveau du sein abcédé. Pour une patiente, les données sur l'allaitement étaient manquantes. Aucune infection chez le bébé n'a été rapportée.

## Discussion

### Incidence et délai de survenue

L'abcès du sein lactant est une complication rare de l'allaitement maternel [9]. L'étude avec le plus grand nombre de cas est rétrospective avec 1401 abcès lactants opérés soit un taux d'abcès de 0,1% [10]. Une étude de cohorte comprenant 54 abcès lactants retrouve la même incidence à 0,16% [11]. La seule étude prospective montre un taux de 0,4% avec 5 abcès sur 1183 allaitements maternels [1].

Notre taux d'abcès est plus élevé à 0,52%, avec un taux d'allaitement moyen à 62,0% au sortir de la maternité. Ceci est en partie dû à un biais de recrutement puisque deux tiers des patientes n'ont pas accouché dans notre maternité. Ces patientes ont en effet été adressées pour une prise en charge spécialisée ou un deuxième avis.

La plupart des études rapportent des cas d'abcès lactants et d'abcès non lactants [4–8,12–16].

L'étude rétrospective de Kvist et Rydhstroem a montré que 65,0% des abcès survenaient entre 3 et 6 semaines du post-partum [10]. Trois autres études concernant 54, 33 et 56 abcès lactants retrouvent un délai moyen de survenue de 31 jours, 4,7 semaines et 5,6 semaines [9,11,17]. Notre étude confirme ce délai de survenue moyen de 8 semaines du post-partum.

### Situation de l'abcès

Concernant la situation de l'abcès, en compilant les études qui la décrivent, soit 134 abcès lactants au total, l'abcès se trouve majoritairement dans le quadrant supéro-externe à 61,2% et dans le quadrant inféro-interne à 15,7% des cas [2,4,14,18,19]. Notre étude retrouve également une majorité des abcès dans la partie supérieure du sein. Ce constat semble logique puisque le quadrant supéro-externe est le plus riche en parenchyme glandulaire [2] et que la partie supérieure du sein est la moins bien drainée étant donnée la position d'allaitement du bébé souvent identique.

## Facteurs de risque

Le principal facteur de risque de l'abcès lactant est la mastite. Notre étude sur 34 abcès retrouve un taux de mastite de 91,1%. De 2,8% à 11,0% des femmes présentant une mastite ont un risque de développer un abcès [1,6,20,21].

Cette stase lactée peut être majorée par une difficulté de mise au sein dès la maternité (douleur, crevasse, frein de langue, difficulté de succion du nouveau-né) [11], par un changement de rythme de tétées dû aux nuits complètes [22], par une reprise du travail, par un sevrage ou par des positions d'allaitement inchangées [10]. Le traitement de la mastite est la clé pour éviter l'abcès [22]. La priorité est une vidange optimale du sein : il est important que le nouveau-né tète avec son menton en regard de la zone inflammatoire.

Dans l'étude d'Eryilmaz et al. [2], 31,0% des patientes ont des crevasses, expliquées par la mauvaise position de l'enfant au sein. C'est davantage la stase lactée secondaire à la diminution des tétées en raison de la douleur qui est responsable de l'abcès que la crevasse elle-même comme porte d'entrée bactérienne [23]. Dans notre étude, l'utilisation d'embout siliconé dans 38,2% des cas d'abcès peut refléter les difficultés mamelonnaires de la mise au sein. De plus, la mycose mammaire peut être à l'origine d'une mastite le plus souvent bilatérale qui peut se surajouter à une autre difficulté de vidange lactée.

Branch-Elliman et al. n'ont pas montré d'association entre le mode d'accouchement, l'utilisation d'ocytocine, l'induction du travail, l'utilisation d'antibiotique intrapartum ou de prélèvement positif à streptocoque B et le risque d'abcès lactant [11].

## Bactériologie

Dans l'abcès lactant, le germe le plus souvent retrouvé est le Staphylocoque aureus (SA). Il peut être retrouvé dans 40,0% à 100,0% des cas [3,4,7,9,14,18,24,25].

Dans une étude concernant 190 abcès dont 32,8% lactants, Dabbas et al. [26] ont montré que le SA était prédominant dans le groupe abcès lactants comparé au groupe abcès non lactants (67,7% vs 30,5%). La transmission du SA se fait par contact avec le nasopharynx du bébé [17,27]. L'invasion bactérienne se fait probablement par le mamelon [18]. La culture peut être stérile dans 20,0% à 60,0% des cas, traduisant des faux négatifs en raison de l'antibiothérapie mise en place [4,6,7,28]. Les autres germes retrouvés sont le streptocoque dans 5,0% des cas ou les bactéroïdes [7]. Notre étude confirme que le SA est prédominant dans 82,4% des abcès. Les quelques prélèvements de lait réalisés sur le sein non abcédé montrent une corrélation avec 66,7% de SA. Toutefois, l'examen bactériologique ne nous permet pas de donner un compte de germes ou de leucocytes.

## Procédure de la ponction

La procédure de la ponction est assez uniforme quelques soient les études. Les patientes sont toutes traitées par antibiothérapie orale dont la durée recommandée est de 10 à 14 jours [14,19]. Comme dans notre étude, la ponction est

**Tableau 1** Protocole de prise en charge de l'abcès lactant par ponction.  
*Support protocol of lactant abscess by puncture.*

Confirmation de l'abcès par une échographie mammaire
Antibiothérapie : cloxacilline 1g × 2/j en première intention ou pristinamycine 1g × 2/j ou acide clavulanique–amoxicilline 1g × 3/j pendant 10 à 14 jours
Antalgiques : paracétamol, ibuprofène
Ponction
Échoguidée
Par radiologue
Anesthésie locale chlorhydrate de lidocaïne 1 %
Abord indirect
Lavage de la cavité au sérum physiologique
Parfois répétée
Bactériologie systématique avec compte de germes et de leucocytes du prélèvement de pus
Suivi obstétrical à j2, puis 1 fois par semaine jusqu'à complète résolution
Suivi radiologique 1 fois par semaine jusqu'à complète résolution
Poursuite de l'allaitement maternel possible, y compris du côté atteint sauf si abcès trop près de la bouche de l'enfant ou si présence de streptocoque A ou B

réalisée par un radiologue. Une anesthésie locale est systématiquement réalisée au site de ponction. Une aiguille de 22G à 14G peut être utilisée [3–5,7,8,12,14]. Un lavage de la cavité au sérum physiologique est réalisé jusqu'à ce que l'aspiration revienne claire [7,9,12,19] (Tableau 1).

Seule l'étude de Leborgne et Leborgne, qui ne concerne que 10 abcès lactants sur 73, a conclu à un probable bénéfice de l'instillation d'antibiotique directement au sein de la cavité quand la taille de l'abcès est supérieure à 25 mm [7].

Le taux de réussite de la ponction des abcès lactants varie de 59,0% à 100,0% dans la littérature. Dans notre étude, le taux de réussite est de 91,2%. Le nombre moyen de ponctions rapporté varie de 1,8 à 4 pour des volumes d'abcès allant jusqu'à 100 mL [7,9,20]. Notre étude montre que 55,9% des patientes n'ont eu qu'une seule ponction et 26,5% d'entre elles ont eu plus de 3 ponctions. Le nombre moyen de ponction était de 1,9 par patiente. Il est donc souhaitable d'informer la patiente de l'éventualité de ponctions itératives.

Trop et al. [28] et Elagili et al. [14] proposent un maximum de 5 ponctions. À la vue de notre pratique, ce nombre nous semble raisonnable et dépend surtout de la taille initiale de l'abcès [8]. Dans notre étude, la taille de l'abcès n'a pas été un facteur limitant pour la réalisation de ponction. Le plus gros abcès mesurant 12 cm a bénéficié de 5 ponctions itératives.

Trop et al. [28], Ozseker et al. [6] et Christensen et al. [16] conseillent une taille maximale de 3 cm. Pour Chandika et al., la taille maximale est de 5 cm, mais ils observent un temps de résorption plus long si l'abcès mesure plus de 3 cm [29]. Le délai de résolution complète de l'abcès varie selon les études de 1 à 8 semaines [5,14,29]. Le taux de récurrence après ponction est inférieur à 13,6% [2,4,6,12,15,16,29,30]. Fahrni et al. ont montré un taux de récurrence de 6,0% dans le groupe ponction comparé aux 13,0% dans le groupe antibiotique seul, 25,0% dans le groupe cathéter et 10,0% dans le groupe chirurgie [24]. Notre étude retrouve un taux de fistulisation de 11,7% (Tableau 2).

## Intérêt de l'échographie

L'échographie réalisée avec des sondes de 7,5–12 Hz permet de confirmer le diagnostic [12,24,31]; l'aspect clinique de la mastite étant parfois peu différent si l'abcès est profond [12]. L'échographie permet non seulement la localisation de l'abcès mais aussi de dépister la multiplicité [8,9]. L'étude d'O'Hara et al. [15] sur 53 abcès dont 17 lactants montre pour le diagnostic d'abcès, une sensibilité de l'échographie de 95,0% et une spécificité de 100,0%. L'échographie permet de vérifier l'efficacité de la ponction après le lavage une fois l'abcès effondré [8,31]. Elle autorise le trajet oblique de l'aiguille en contrôlant la bonne position de cette dernière dans la cavité, ce qui diminue le risque de fistulisation [2,6,7].

La plupart des études proposent une surveillance échographique trois jours après la première ponction [3,4,8,12,16] ou une fois par semaine jusqu'à complète résolution de l'abcès [5,7,14,29]. D'autres préconisent un contrôle échographique 1 à 3 mois après la résolution de l'abcès [3–5,14,29].

## Indication de la ponction

L'indication principale est d'éviter les effets secondaires de la chirurgie. La chirurgie entraîne la plupart du temps une cicatrice disgracieuse [16], plus douloureuse [6], qui est responsable de dommages au niveau des canaux galactophores [9,14] pouvant majorer le risque de récurrence [29]. Contrairement à la ponction, elle laisse une insatisfaction cosmétique aux patientes [2,4,7,14]. Cette procédure nécessite la réalisation d'une anesthésie générale [14] et oblige à une hospitalisation qui est plus coûteuse [29]. Elle induit une séparation de la mère et de son enfant et entraîne fréquemment un arrêt de l'allaitement. Contrairement à la chirurgie, la ponction permet une prise en charge ambulatoire variant de 53,0% à 87,0% [16,30]. Notre étude confirme ces résultats avec un taux ambulatoire de 91,2%.

**Tableau 2** Tableau comparatif des différentes études.  
*Comparative table of different studies.*

Auteur	Étude	Nombre d'abcès lactants/non lactants	Taille de l'abcès	Nombre de ponctions	Taux de réussite de la ponction (%)
Karstrup [30]	Ponction	19/0			95
Ulitzsch et al. [9]	Ponction/KT	56/0	5,2 cm (3–10 cm)	De 1 à 5 Moyenne = 1,8	95,7
Sarhan et Ibraheem [12]	Ponction	7/36	2,8 cm (0,8–7 cm)	1 (53,4%) 2 (21%) > 2 (18,6%)	93
Singh et al. [4]	Ponction	31/19	78 %, < 4 cm 22 %, > 4 cm	De 1 à 5 Moyenne = 3	84
Shaikh et al. [5]	Ponction	57/4	?	1 (25%) 2 (51,5%) > 3 (18,75%)	95
Elagili et al. [14]	Ponction/KT	14/16	De 1 à 200 mL Moyenne = 14 mL	1 (50%) 2 (23,3%) 3 (10%)	83,3
Schwartz [8]	Ponction	25/8	De 0,2 à 120 mL	1 (54%) 2 (46%)	82
Eryilmaz et al. [2]	Ponction/ chirurgie	45/0	Moyenne = 6,09 cm	1 (55%) 4 (45%) Moyenne = 3,5	59
Chandika et al. [29]	Ponction/ chirurgie	8/8		1 (93,1%) 2 (6,9%)	100
Dixon [3]	Ponction	6/0	De 15 à 40 mL Moyenne = 26 mL	3 (50%) 4 (33%) 5 (17%)	100
Ozseker et al. [6]	Ponction	5/5	De 3,5 à 7,1 cm	De 4 à 8	91
Leborgne et Leborgne [7]	Ponction	10/63	De 1,5 à 8 cm Moyenne = 3,4 cm	1 (57%) 2 (28%) > 2 (12%)	90
Christensen et al. [16]	Ponction/KT	89/62	De 1 à 8 cm Moyenne = 3,5 cm	De 1 à 10 Moyenne = 4	97

Il n'y a pas de contre-indication de la ponction à l'exception du refus de la patiente d'être ponctionnée de façon itérative ou de l'impossibilité d'une surveillance rapprochée [7].

### Indications restantes à la chirurgie d'emblée ?

L'unique indication chirurgicale reste l'abcès de très gros volume [2]. Martic et Vasilj [32] ont décrit la prise en charge d'un abcès lactant incisé chirurgicalement avec 2 litres de pus (volume du sein abcédé six fois supérieur à l'autre). L'évolution clinique a été favorable malgré une reprise chirurgicale à j6.

La chirurgie reste à réserver en cas d'échec de ponction. Le taux d'échec de la ponction dépend de la taille de l'abcès [2,4], du volume aspiré [8], de la viscosité du pus [5], du caractère multiloculaire de l'abcès [14], de son cloisonnement [31], du nombre de ponctions itératives [7,9], de la prise en charge tardive [2,8] ou de la douleur trop importante [4]. Dans notre étude le taux d'échec est en relation avec la taille de l'abcès, le nombre multiple et le délai plus tardif de la prise en charge.

### Indications restantes aux autres techniques de drainage ?

La principale technique de drainage est la pose d'un cathéter 16F [9,14,16,33]. Deux éléments orientent d'emblée vers la pose d'un cathéter : la taille de l'abcès et la viscosité importante. La taille de plus de 3 cm a été choisie par Ulitzsch et al. [9] et Christensen et al. [16] pour la pose d'un cathéter mais leurs études ni prospectives ni randomisées ne peuvent confirmer cette limite. Tewari et Shukla ont traité 30 larges abcès lactants par cathéter sans préciser leur taille exacte [33]. De plus, la viscosité importante de l'abcès est un risque d'échec de la ponction, ce qui peut justifier en seconde intention l'utilisation de cathéter. Par ailleurs, Varey et al. ont réalisé un drainage à l'aide du système Mammotome® 8G mais leur série ne concerne que 5 abcès [34].

### Allaitement maternel

La poursuite de l'allaitement en cas d'abcès est très controversée. Après traitement, la poursuite de l'allaitement

permet de diminuer l'inflammation et promeut la bonne vidange du sein. Ainsi, elle améliore la guérison de l'abcès [35].

Le drainage chirurgical impose souvent l'arrêt de l'allaitement du fait de la séparation mère-enfant lors de l'hospitalisation [4] et des habitudes professionnelles [5,36]. Cependant, l'abcès est rarement connecté avec un canal lactifère, le bébé ne pouvant pas ainsi ingérer le pus [37]. Ulltich et al. précisent que pour les femmes poursuivant l'allaitement, il n'y a pas plus de risque infectieux pour l'enfant si l'antibiothérapie est adaptée [9]. Les antibiotiques choisis ne contre-indiquent pas l'allaitement maternel [38]. La mère devrait être encouragée à poursuivre l'allaitement au niveau des deux seins sauf si le contact de la bouche de l'enfant est trop près de la zone abcédée [22,39]. L'arrêt brutal de l'allaitement majore la stase lactée et peut augmenter la taille de l'abcès voire favoriser sa non-résorption malgré un traitement adéquat [21]. Si la douleur est trop importante en mettant l'enfant au sein, l'utilisation d'un tire-lait peut être utilisée jusqu'à ce que l'infection soit résolue [21].

Tous les auteurs sont unanimes pour encourager la poursuite de l'allaitement maternel [2-9,12,14,19,30,33,34]. Elle devrait être encouragée même du côté atteint [23,33], ce qui est d'autant plus facilité par la procédure de la ponction [17]. Selon les études, la poursuite de l'allaitement maternel est variable de 33,0% à 100,0% [3,6,9,14,30,38]. Seuls Tewari et Shukla [33] indiquent que l'allaitement a été poursuivi du côté atteint dans 63,3% des cas.

Notre étude confirme ces résultats avec 87,8% de poursuite de l'allaitement dont 48,5% au niveau du sein abcédé. Il faut souligner que cet arrêt de l'allaitement du côté abcédé a été transitoire, le temps de la résorption de l'abcès.

## Conclusion

Notre étude confirme l'efficacité de la ponction échoguidée de l'abcès lactant associée à une antibiothérapie adaptée et des antalgiques au prix de ponctions parfois itératives et d'une surveillance régulière.

Cette prise en charge non chirurgicale, réalisée en ambulatoire, par une équipe pluridisciplinaire (radiologue, sage-femme, obstétricien) autorise la poursuite de l'allaitement maternel sur les deux seins et devrait devenir la technique de référence.

Le drainage chirurgical devrait être réservé à l'échec de la ponction ou en cas d'abcès très volumineux.

Notre étude confirme que la mastite est le principal facteur de risque de l'abcès du sein lactant plus en rapport avec la stase lactée qu'une infection bactérienne prédominante à staphylocoque aureus. Traiter la mastite permettrait d'éviter la survenue de l'abcès.

## Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

## Références

- [1] 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.
- [2] Eryilmaz R, Sahin M, Hakan Tekalioglu M, Daldal E. Management of lactational breast abscesses. *Breast* 2005;14:375-9.
- [3] Dixon JM. Repeated aspiration of breast abscesses in lactating women. *BMJ* 1988;297:1517-8.
- [4] Singh G, Singh G, Singh LR, Singh R, Singh S, Sharma KL. Management of breast abscess by repeated aspiration and antibiotics. *J Med Soc* 2012;26:189-91.
- [5] Shaikh B, Shah AA, Sohu KM, Solangi RA. Needle aspiration in treatment of breast abscess. *RMJ* 2014;39:58-60.
- [6] Ozseker B, Ozcan UA, Rasa K, Cizmeli OM. Treatment of breast abscesses with ultrasound-guided aspiration and irrigation in the emergency setting. *Emerg Radiol* 2008;15:105-8.
- [7] Leborgne F, Leborgne F. Treatment of breast abscesses with sonographically guided aspiration, irrigation, and instillation of antibiotics. *AJR* 2003;181:1089-91.
- [8] Schwarz RJ, Shrestha R. Needle aspiration of breast abscesses. *Am J Surg* 2001;182:117-9.
- [9] Ulltich D, Nyman MKG, Carlson RA. Breast abscess in lactating women: US-guided treatment. *Radiology* 2004;232:904-9.
- [10] Kvist LJ, Rydhstroem H. Factors related to breast abscess after delivery: a population-based study. *BJOG* 2005;112:1070-4.
- [11] Branch-Elliman W, Golen TH, Gold HS, Yassa DS, Baldini LM, Wright SB. Risk factors for staphylococcus aureus postpartum breast abscess. *Clin Infect Dis* 2012;54:71-7.
- [12] Sarhan HH, Ibraheem OM. Percutaneous needle aspiration is a minimally invasive method for a breast abscess. *Arch Clin Exp Surg* 2012;1:105-9.
- [13] Bharat A, Gao F, Aft R, Gillanders WE, Eberlein TJ, Margenthaler JA. Predictors of primary breast abscesses and recurrence. *World J Surg* 2009;33:2582-6.
- [14] Elagili F, Abdullah N, Fong L, et al. Aspiration of breast abscess under ultrasound guidance: outcome obtained and factors affecting success. *Asian J Surg* 2007;30:40-4.
- [15] O'Hara RJ, Dexter SPL, Fox JN. Conservative management of infective mastitis and breast abscesses after ultrasonographic assessment. *Br J Surg* 1996;83:1413-4.
- [16] Christensen AF, Al-Suliman N, Nielsen KR, et al. Ultrasound-guided drainage of breastfeeding abscesses: results in 151 patients. *Br J Radiol* 2005;78:186-8.
- [17] Berens P, Swaim L, Peterson B. Incidence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in postpartum breast abscesses. *Breastfeed Med* 2010;5:113-5.
- [18] Ajao OG, Ajao AO. Breast abscess. *J Natl Med Assoc* 1979;71:1197-8.
- [19] Dener C, Inan A. Breast abscesses in lactating women. *World J Surg* 2003;27:130-3.
- [20] Thomsen AC, Espersen T, Maigaard S. Course and treatment of milk stasis, noninfectious inflammation of the breast, and infectious mastitis in nursing women. *Am J Obstet Gynecol* 1984;149:492-5.
- [21] Cusack L, Brennan M. Lactational mastitis and breast abscess: diagnosis and management in general practice. *Aust Fam Physician* 2011;40:976-9.
- [22] Cantlie HB. Treatment of acute puerperal mastitis and breast abscess. *Can Fam Physician* 1988;34:2221-6.
- [23] Dixon JM. Breast infection. *BMJ* 1994;309:947-9.
- [24] Fahrni M, Schwarz EI, Stadlmann S, Singer G, Hauser N, Kubik-Huch RA. Breast abscesses: diagnosis, treatment and outcome. *Breast Care* 2012;7:32-8.
- [25] Plueckhahn VD, Banks J. Breast abscess and staphylococcal disease in a maternity hospital. *BMJ* 1964;2:414-8.

- [26] Dabbas N, Chand M, Pallett A, Royle GT, Sainsbury R. Have the organisms that cause breast abscess changed with time?—Implications for appropriate antibiotic usage in primary and secondary care. *Breast J* 2010;16:412–5.
- [27] Saria MS, Mirza MR. Breast diseases presenting during pregnancy and lactation. *J Surg Pak* 2010;15:147–50.
- [28] Trop I, Dugas A, David J. Breast abscesses: evidence based algorithms for diagnosis, management, and follow up. *Radiographics* 2011;31:1683–99.
- [29] Chandika AB, Gakwaya AM, Kiguli-Malwadde E, Chalya P. Ultrasound guided needle aspiration versus surgical drainage in the management of breast abscesses: an Ugandan experience. *BMC Res Notes* 2012;5:12.
- [30] Karstrup S, Solvig J, Nolsoe CP, et al. Acute puerperal breast abscesses: US-guided drainage. *Radiology* 1993;188:807–9.
- [31] Delahoye J-F, Capoccia Brugger R. Abscès du sein : privilégier la ponction-aspiration échoguidée. *Rev Med Suisse* 2010;6:2010–2.
- [32] Martic K, Vasilj O. Extremely large breast abscess in a breastfeeding mother. *J Hum Lact* 2013;28:460–3.
- [33] Tewari M, Shukla HS. An effective method of drainage of puerperal breast abscess by percutaneous placement of suction drain. *Indian J Surg* 2006;68:330–3.
- [34] Varey AHR, Shere MH, Cawthorn SJ. Treatment of loculated lactational breast abscess with a vacuum biopsy system. *BJJ* 2005;92:1225–6.
- [35] Banapurmath CR, Banapurmath SC, Mallikarjuna HB, Kalliah A, Tirumala Rao K, Verghese J, et al. Successful management of breast abscess with ongoing breastfeeding. *Indian Pediatr* 1994;32:488–91.
- [36] Committee Opinion ACOG. No. 361. Breastfeeding: maternal and infant aspects. *Obstet Gynecol* 2007;109:479–80.
- [37] Newman J. When breast-feeding is not contraindicated. *Can Fam Physician* 1991;37:969–75.
- [38] Yu JH, Kim MJ, Cho H, Liu HJ, Han SJ, Ahn TG. Breast diseases during pregnancy and lactation. *Obstet Gynecol Sci* 2013;56:143–59.
- [39] Bertrand H, Rosenblood LK. Stripping out pus in lactational mastitis: a means of preventing breast abscess. *Can Med Assoc J* 1991;145:299–306.