



# Cas cliniques

## Abcès du sein : 6 cas

*M Courdent, animatrice LLL, formatrice, IBCLC, DIULHAM, PDE, Lille (59), en collaboration avec plusieurs consultantes en lactation IBCLC.*

### Premier cas

Cette mère a accouché le 18 décembre 2016. Le 25 janvier, elle est opérée d'un abcès au niveau du quart supéro-externe du sein droit, complication d'une mastite. Elle avait été traitée par amoxicilline prescrite par son médecin traitant, ce qui n'avait pas empêché l'abcédation. L'incision se trouve à la jonction entre le sein et l'aréole. La plaie a été méchée, la mère étant suivie en ambulatoire avec des soins infirmiers (lavage au sérum physiologique). Malheureusement, la mère recommence à avoir mal. Elle consulte à nouveau son médecin traitant qui la remet sous amoxicilline. Elle a rendez-vous 48 heures plus tard pour un suivi post-opératoire. Le contrôle échographique constate la présence d'un nouvel abcès de 7 cm de diamètre, qui est drainé par la même incision. L'amoxicilline est remplacée par de la pristinamycine. La mère poursuit l'allaitement avec le sein gauche, tire manuellement son lait au niveau du sein droit et complète avec une formule lactée commerciale ; elle s'inquiète de la baisse du volume de lait obtenu à partir du sein droit.

En consultation d'allaitement, elle voit une puéricultrice IBCLC, qui lui propose d'augmenter les séances d'expression du lait, et discute avec elle de la possibilité de reprendre l'allaitement avec le sein droit si la situation s'améliore. Un rendez-vous est fixé pour une nouvelle consultation, mais la mère ne vient pas. La puéricultrice IBCLC lui téléphone pour avoir de ses nouvelles. La mère a débuté un sevrage, car les soins et les mises au sein la fatiguent, et surtout elle ne supporte plus la vue de son sein « mutilé ». La cicatrisation est longue, la peau est cartonnée et très indurée autour de l'incision. La mère se demande si elle aura l'envie et le courage d'allaiter un 3<sup>e</sup> enfant. Elle conserve encore 3 tétées quotidiennes et exprime son lait manuellement. La puéricultrice IBCLC l'encourage à poursuivre les tétées et à sevrer lentement si tel est son souhait, et la félicite pour tout ce qu'elle a fait.

### Second cas



Cette primipare a accouché fin décembre 2016, par voie basse avec extraction par ventouse, d'un petit garçon de 3 kg né à 37 semaines et 3 jours de gestation. Le démarrage de l'allaitement s'est mal passé. Le bébé avait des problèmes de succion, et la mère a rapidement eu des crevasses. Pendant le séjour en maternité, une sage-femme propose l'utilisation d'un bout de sein pour permettre la cicatrisation des crevasses. Le nourrisson a perdu 10 % de son poids de naissance et la pédiatre conseille à la mère d'augmenter la fréquence des tétées, mais le déroulement de l'allaitement ne sera pas réévalué. La mère rentre chez elle à J4, le bébé a repris 50 g

(2 750 g). Elle attend J10 pour rencontrer son médecin traitant afin d'effectuer le suivi de son bébé. Cette consultation permet de constater que le poids stagne et que le bébé n'a pas

repris son poids de naissance. Le médecin propose à la mère de la revoir 5 jours plus tard. À J15, le bébé est repesé : 2 920 g, donc toujours en dessous du poids de naissance. La mère s'inquiète : les crevasses lui font encore mal, et le médecin propose de compléter avec un lait industriel 1<sup>er</sup> âge. Toutefois, la mère décide d'attendre un peu, car une amie lui conseille de tirer son lait pour stimuler sa production lactée. À J20, elle revoit son médecin traitant. Le bébé a repris son poids de naissance, mais il tète toujours avec un bout de sein. La mère est fatiguée, car elle réveille son bébé systématiquement toutes les 3 heures. Devant la reprise de poids, elle s'accorde une nuit sans réveiller son bébé. Les complications commencent : mastite qui dure une semaine au niveau du sein droit, avec prise d'amoxicilline au bout de 5 jours, prescrite par son médecin traitant. La fièvre disparaît, mais la mère garde une douleur au niveau du quart supéro-interne. Elle poursuit son traitement. Devant l'augmentation de la douleur et sur les conseils de son médecin, elle se rend aux urgences gynécologiques, et on constate l'existence d'un abcès de 4 cm de diamètre.

La puéricultrice IBCLC voit la mère la veille de l'intervention de drainage de l'abcès. Elle discute avec elle de la possibilité d'un abord chirurgical de l'abcès aussi éloigné que possible de l'aréole, afin de faciliter l'expression du lait et un sevrage en douceur selon le souhait de la mère. La sage-femme qui suit cette mère est du même avis, mais elle ne connaît pas le protocole chirurgical prévu. L'incision est effectuée classiquement, à la jonction aréole-sein, le chirurgien évoquant des raisons esthétiques. La puéricultrice IBCLC fixe un nouveau rendez-vous à la mère, mais celle-ci est hospitalisée la veille de la date prévue pour une récurrence au même endroit. La mère explique qu'elle n'a pas réussi à drainer son sein à cause de la mèche mal située, et surtout parce qu'elle avait peur d'avoir mal. Le sein s'était à nouveau engorgé. Cet abcès de 7 cm de diamètre a été drainé, un prélèvement a été effectué pour antibiogramme. Un 3<sup>e</sup> drainage sera nécessaire en raison d'une nouvelle récurrence. Lorsque la puéricultrice IBCLC revoit la mère, du lait coule encore au niveau de l'incision, mais le lait est fluide et d'aspect normal, et le trajet de la mèche est en cours de cicatrisation. La mère n'allait plus, car elle a dû confier son bébé pendant ses hospitalisations. L'interne qui suit la mère souhaite lui prescrire de la bromocriptine pour stopper la lactation. La puéricultrice IBCLC lui apprend que la balance bénéfices/risques n'est plus en faveur de la bromocriptine pour inhiber la lactation, puis elle discute avec elle de la possibilité d'utiliser des compresses imbibées de lait sans occluser la plaie, afin d'aider à la cicatrisation, comme cela se pratique au CHU de Lyon (équipe du Dr Debord et de H. Delgado, sage-femme et consultante en lactation IBCLC). La puéricultrice IBCLC a assuré un suivi téléphonique. 2 mois ont été nécessaires pour que la cicatrisation soit terminée. La mère se demande si elle allaitera un second enfant.

## Troisième cas - Mme C.

Madame C. accouche à terme de son 1<sup>er</sup> enfant, une petite fille de 3 285 g. Lors de l'accouchement, la maman fait une hémorragie, perd 1,6 litre de sang, et son taux d'hémoglobine descendra à 9 g/dl. La petite fille a une infection materno-fœtale au Streptocoque B et elle est mise sous antibiotiques. Elle aura également besoin d'une photothérapie.

À J2, l'enfant pèse 3 020 g (poids le plus bas) et 3 250 g à J6, jour de la sortie de maternité. À J12, la mère consulte son médecin généraliste, l'enfant pèse 3 260 g. Le médecin lui demande sans plus d'explications de donner des compléments de lait industriel, ce qui est inentendable par la maman. Madame C. reste en allaitement exclusif et loue une balance, mais elle est fatiguée, isolée dans sa belle-famille dont elle ne parle pas la langue, et elle n'a aucun repère sur ce que doit être la croissance d'un enfant. Ce dernier pèse 3 280 g à J18, 3 275 g à J24 et 3 375 g à J30. La mère appelle alors une association de soutien à l'allaitement, et la personne qui lui répond lui demande de donner des compléments de lait industriel après les tétées, ce qu'elle va faire à contrecœur. Elle consulte également une sage-femme qui, en plus des compléments de lait industriel, lui propose de tirer son lait.

À 6 semaines post-partum, Mme C. sent une boule dans le sein gauche. Elle téléphone à la maternité, et on lui répond qu'il s'agit d'un engorgement, qu'il faut vider le sein et appliquer de la chaleur. Le lendemain elle est fatiguée, sa température est à 37,9°C. Mme C. se rend aux urgences de la maternité. On lui fait une échographie mammaire. On lui dit que ce n'est pas un abcès, car elle n'a ni fièvre importante, ni douleur. On lui prescrit de l'aspirine, qu'elle ne prendra pas dans un 1<sup>er</sup> temps. Deux jours plus tard, elle a un contrôle à la maternité. Elle n'a toujours pas de fièvre, il n'y a pas de pus à l'examen direct du lait exprimé sur une compresse. On lui prescrit de l'aspirine, du paracétamol, de l'Osmogel à appliquer sur le sein, et on lui demande de revenir si elle fait de la fièvre. Mme C. n'applique pas l'Osmogel, car elle lit sur la notice que c'est contre-indiqué pendant l'allaitement ; elle prend à partir de ce moment du paracétamol en continu et de l'aspirine.

Cinq jours plus tard, la mère a rendez-vous chez une gynécologue pour la consultation post-natale. Elle lui signale que le sein gauche est rouge depuis une semaine. La gynécologue lui reproche de ne pas avoir appliqué l'Osmogel, exprime quelques gouttes de lait clair sur une compresse et en déduit que ce n'est pas un abcès (signe de Budin négatif). Deux jours plus tard, toujours sous paracétamol et aspirine, Mme C. sent qu'elle a de la fièvre, son sein gauche est de plus en plus douloureux et elle arrête de le donner à l'enfant. Le lendemain (7 semaines ½ post-partum), sur les recommandations de la gynécologue, Mme C. vient en consultation infantile à la PMI. L'enfant pèse 4 050 g. Elle tète au sein droit, a des biberons de lait maternel exprimé et de lait industriel. Le sein gauche est engorgé et une zone rouge-noire de la taille d'une paume de la main commence à se percer dans le cadran inféro-interne. La maman est immédiatement adressée aux urgences de la maternité.

Son abcès sera incisé le lendemain à la limite aréole/sein et la chirurgienne retirera 120 ml de pus. La bactériologie retrouve un Staphylocoque doré. La maman est mise sous oxaciline, d'abord en perfusion, puis par voie orale. Contrairement à l'avis de la chirurgienne, la maman poursuit l'allaitement avec le sein droit et donne aussi du lait industriel au biberon. Elle ne présente pas d'engorgement, et elle exprime un peu de lait manuellement pour entretenir à minima sa lactation sur le sein opéré. Les soins de la plaie sont faits avec de la Bétadine, et la maman ne souhaite pas remettre au sein tant que l'application de Bétadine avec de l'iode est poursuivie (pendant un mois). Lors d'une visite de contrôle, découvrant que la mère allaite encore, la chirurgienne la félicitera de ne pas avoir respecté sa recommandation d'arrêter l'allaitement. À partir de la prise en charge en PMI, la croissance de l'enfant va s'améliorer. Elle sera allaitée, puis co-allaitée jusqu'à ses 20 mois. Sa sœur sera allaitée 2 ans sans soucis, sa maman étant très vigilante lors des engorgements.

NDLR : les soins de la plaie auraient pu être faits au sérum physiologique ou mieux au lait maternel, ce qui aurait permis la reprise de l'allaitement plus rapidement sur le sein opéré. À défaut, un autre produit que la bétadine (qui contient de l'iode sous une forme susceptible d'être fortement excrétée dans le lait) aurait pu être utilisé.

## Quatrième cas – Mme M.

Mme P. a accouché par voie basse de jumeaux à 33 semaines et 6 jours (L. 1 910 g et M. 2 200 g). Ils ont été hospitalisés avec leur mère en néonatalogie (chambre mère-enfant) pendant 4 semaines. À la sortie, ils sont allaités aux deux seins avec des bouts de sein, et ils vont parfaitement bien.

Mme P. a eu de nombreux problèmes mammaires durant le séjour en néonatalogie. Elle a tiré son lait dès la naissance, a continué pendant toute la durée du séjour en néonatalogie, puis après le retour au domicile. Elle a vu de très nombreux médecins et a bénéficié d'une consultation d'allaitement extérieure au CHR. 2 semaines après son accouchement, elle a présenté une fièvre élevée et a immédiatement consulté à la maison médicale jouxtant le service de néonatalogie. Le médecin a diagnostiqué une grippe, mais elle souffrait en fait

d'une mastite. On lui a prescrit de l'amoxicilline et de l'ibuprofène, et on lui a dit de jeter son lait tant qu'elle prenait l'ibuprofène, recommandation qu'elle n'a pas suivie dans la mesure où les pédiatres du service de néonatalogie lui ont affirmé qu'elle pouvait continuer à allaiter.

La mère a dû quitter la chambre mère-enfant en néonatalogie pendant 5 jours, car elle se sentait très mal, et on lui avait recommandé de se reposer. Elle a continué à tirer son lait toutes les 3 heures, jour et nuit, le père des enfants allant le déposer tous les jours dans le service. Quelques jours avant la sortie de néonatalogie de ses enfants, elle a constaté la présence de deux masses dans le cadran supéro-interne du sein gauche sans aucun autre signe clinique, ni tuméfaction, ni rougeur, ni douleur, ni chaleur. Ces masses, l'une de la taille d'un œuf de caille (à 11 h) et l'autre de la taille d'une cerise (à 9 h), avaient tendance à augmenter. La veille de sa sortie de néonatalogie avec ses bébés, une échographie du sein a été effectuée. On lui a assuré qu'il s'agissait de « ganglions » et que ce n'était pas grave. Aucun suivi n'a été proposé. Elle a également présenté une phlyctène qui s'est rompue et a donné une plaie plane dans le cadran inféro-interne du sein droit, sur laquelle elle a commencé à appliquer de la mupirocine la veille de sa sortie de néonatalogie sur l'avis d'une dermatologue, ainsi qu'un pansement type Comfeel. La cause de cette plaie semble inconnue, et la mère doute qu'elle soit en lien avec le frottement de la tétérèle du tire-lait utilisé pour lancer sa production lactée. Rentrée chez elle, elle a eu de la fièvre le jour même et le lendemain.

Ma 1<sup>ère</sup> visite à domicile a lieu le lendemain de la sortie. Comme Madame P. présente une hyperthermie, j'ai contacté le service de néonatalogie et il lui a été prescrit de la pyostacine. Mme P. a toujours la plaie plane et rouge, indolore, superficielle, sans masse sous-jacente, un peu comme une brûlure, de la taille d'une pièce de 0,50 centime d'euro, sur le sein gauche, sur l'aréole à 7 heures, ainsi que 2 masses dans le cadran supéro-interne du même sein. Très rapidement, elle n'a plus de fièvre et ne prend plus ni d'ibuprofène ni de paracétamol, et elle n'utilise quasiment plus son tire-lait électrique d'un modèle hospitalier. Les deux bébés sont allaités exclusivement au sein et avec un bout de sein, et grossissent très bien.

Comme les masses n'évoluent pas et en l'absence d'autres signes, dix jours après la sortie de néonatalogie avec ses enfants, Madame P. subit en cabinet libéral de radiologie une échographie qui met en évidence trois lacunes kystiques présentant des parois épaisses visibles dans le cadran supéro-interne gauche, compatibles avec des formations liquidiennes abcédées. Une ponction bactériologique est réalisée sous contrôle échographique, sans précaution particulière, et elle ramène quelques ml d'un liquide lactescent verdâtre. Il s'en suivra un important hématome qui va gêner la mère.

La semaine suivante, elle consulte une gynécologue hospitalière qui va m'écrire dans un message personnel : *« Localement, la situation me semble en très, très bonne voie, je suis pas sûre du tout qu'il y ait eu de véritables abcès... Il n'y a pas lieu d'arrêter ou de suspendre l'allaitement maternel ici (on aggraverait les choses, c'est un comble) et Mme P. est d'accord pour continuer des soins locaux et un suivi pour voir comment cela évolue. Pas de nécessité non plus d'envisager une nouvelle ponction pour l'instant : en cas de besoin, elle reviendra vers moi et on ponctionnera sous anesthésie locale en consultation, même si l'abcès est gros, même si il y en a plusieurs ... »*

Les masses vont perdurer au fil des jours sans gêne particulière, puis diminueront. Au dernier contrôle échographique (les enfants ont alors 1 an), on constatait la persistance de 2 kystes bénins, un sur chaque sein, qui avaient pratiquement disparu à 17 mois. La mère a allaité directement au sein jusqu'à 3 mois post-partum, les enfants ayant continué à recevoir pendant environ 2 semaines le lait exprimé stocké par la mère dans son congélateur. À noter que la grand-mère maternelle des jumeaux a eu des abcès durant un allaitement il y a 29 ans, traités chirurgicalement, avec hospitalisation pendant 10 jours en raison d'une fièvre

persistante, et leur arrière-grand-mère a également présenté un abcès du sein pendant un allaitement.

## Cinquième cas – Mme P.

Madame P. contacte une puéricultrice IBCLC sur les conseils de la sage-femme de la maternité. Elle a accouché d'une petite fille de 2 570 g, par voie basse sous péridurale sans extraction instrumentale, à 39 semaines d'aménorrhée. À la naissance, après un temps de peau à peau, la petite fille a eu une 1<sup>ère</sup> tétée en salle de naissance, mais la mère dit qu'elle plaquait sa langue contre son palais.

Pendant le séjour en maternité, Mme P. a présenté des crevasses aux deux seins, ce qui l'a amenée à utiliser à J4 des bouts de sein en silicone et un tire-lait électrique double pompage, puis à donner un lait industriel en supplément. Depuis J12, elle redonne exclusivement le sein, mais ne sait pas si sa fille reçoit suffisamment de lait car elle ne l'entend pas déglutir. À J15, elle rencontre la consultante en lactation qui lui montre les positions Biological Nurturing et de la madone inversée, et qui répond aux nombreuses questions du couple. L'enfant tète en BN sans bout de sein en silicone.

Le lendemain, à J16, l'enfant est vue en consultation pédiatrique à la maternité. Elle pèse 2 820 g, et la pédiatre est très rassurante. Les tétées sont toujours difficiles, que cela soit en BN ou en madone inversée ; l'enfant a du mal à prendre le sein, elle le lâche souvent, sa succion est peu efficace. La mère essaie de mettre sa fille au sein avec ou sans bout de sein en silicone, le mamelon est souvent pincé après la tétée, elle tire un peu son lait, donne des biberons de formule lactée commerciale. Cette situation est très difficile à vivre pour la mère qui écrit : « Pourquoi je n'arrive pas à nourrir mon enfant ? Cela me rend très triste. Est-ce un problème de confiance en moi ? En fait, je n'arrive pas à identifier le problème. C'est ce qui rend la tâche plus difficile encore à résoudre ».

À J18, la mère envoie un e-mail à la consultante en lactation, expliquant que son bébé parvient quasi systématiquement à prendre le sein sans peine en journée, mais que les nuits sont très agitées. Elle propose les deux seins et fait de la compression mammaire pendant les tétées. À J19, elle voit un ostéopathe pour essayer d'améliorer la succion de son enfant ; il lui dit que son bébé « utilise les seins de sa mère comme doudou ». À J21, la puéricultrice de PMI vient peser l'enfant : 2 900 g. À J26, la mère recontacte par e-mail la consultante IBCLC et lui signale qu'elle a un engorgement au niveau des deux seins. Ses seins sont douloureux, tendus, et elle présente un syndrome d'état grippal. Elle est allée consulter son médecin, qui lui a prescrit du paracétamol, et qui lui a recommandé de surveiller l'évolution : si elle empire, il lui prescrira des antibiotiques. Les tétées restent douloureuses. La mère continue de donner le sein et essaie de tirer son lait pour vider les seins au maximum. Elle estime que cela les vide en partie, mais pas complètement. Les zones très dures sont toujours présentes. À J26, l'enfant pèse 3 kg, soit + 100 g en 5 jours.

Lors d'un échange téléphonique avec la consultante IBCLC, les points importants pour gérer une mastite sont précisés (repos, tétées ou drainages fréquents, toutes les 2 h le jour, toutes les 4 heures la nuit, changement de position pour les tétées, massages vers le mamelon pendant les tétées, application de chaleur avant les tétées et d'un anti-inflammatoire local après les tétées, par exemple application de glace, chou ou argile entre les tétées, tire-lait après les tétées). À J28, la mère écrit qu'elle fait une pause dans l'allaitement depuis deux jours, car les tétées n'étaient plus supportables. Les seins et les mamelons sont trop douloureux. Elle tire quand elle peut 40-45 ml et donne un lait industriel. Le niveau de douleur et d'engorgement ayant encore empiré, la mère est mise sous amoxicilline-acide clavulanique pendant 5 jours. À J33, l'enfant pèse 3 090 g.



À J48, la mère donne des nouvelles. À J41 et J44, elle a subi deux interventions chirurgicales pour soigner un abcès dans un sein, puis dans l'autre. Elle a été incisée au niveau de l'aréole pour les deux seins. Le sein gauche est méché, le sein droit a une lame. Le week-end précédant les interventions, elle avait pris de l'ibuprofène pendant 3 jours. Le chirurgien lui a dit d'arrêter, car cela faisait flamber les abcès... Il lui a prescrit de la pristinamycine au moment de la première intervention.

La mère a arrêté l'allaitement. Elle pense avoir encore du lait, car lorsqu'elle demande à l'infirmière d'exprimer le lait des seins, il y a quelques gouttes. Mais la mère est devenue totalement incapable d'exprimer son lait. Elle ne veut plus toucher à ses seins, elle ne veut plus les voir. Ils sont bandés en permanence, et elle est incapable de les regarder pendant les soins prodigués par l'infirmière... Elle regrette de ne pas avoir su qu'une ponction des abcès était possible, car elle aurait certainement choisi cette option. Les soins locaux auront duré près de 2 mois. Il lui reste à faire le deuil de l'allaitement qui lui tenait tellement à cœur, et elle ne sait pas si elle allaitera un second enfant.

## Sixième cas – Mme E.

Mme E. accouche par césarienne, à terme, de son premier enfant le 29/12/2016. Il pèse 3,950 kg. Pendant son séjour à la maternité, elle présente des crevasses aux deux seins dès le premier jour, toujours présentes quand elle quitte la maternité. Après le retour au domicile, elle poursuit les tétées et ajoute trois séances quotidiennes d'expression avec un tire-lait manuel. Le 9 janvier, la mère appelle une sage-femme IBCLC pour les crevasses. D'après cette professionnelle, elles sont la conséquence d'une mauvaise position de la langue. Elle propose de rééduquer le bébé en lui faisant téter le doigt de la mère juste avant la mise au sein. Celle-ci ne voit pas d'amélioration, ses mamelons sont toujours douloureux, elle décide donc de suspendre les mises au sein, et elle exprime son lait 8 fois par jour avec un tire-lait électrique ; le bébé est nourri avec un biberon Calma® de Medela.

Le 12/01/2017, il n'y a toujours aucune cicatrisation malgré la suspension des tétées. La mère reprend les mises au sein. Le 18/01, le bébé est hospitalisé pour des régurgitations contenant du sang frais. La mère rencontre alors pour la 1<sup>ère</sup> fois l'auteure, puéricultrice IBCLC de l'hôpital. Après s'être assurée que le bébé allait bien, elle en déduit que le sang régurgité provient des crevasses présentes sur les deux mamelons. À l'examen, les seins sont bien denses, sans masse palpable. Les lésions sur les mamelons sont bilatérales. Il y a une perte de substance sur le mamelon droit. Des pansements Hydrotac® vont permettre une cicatrisation rapide des plaies. La mère propose le sein droit à son bébé, et exprime le lait du sein gauche, car les tétées sont trop douloureuses. L'hospitalisation du bébé et de sa mère n'a duré que 24 h. La prise de poids de l'enfant est tout à fait satisfaisante avec un allaitement exclusif : il a pris 600 grammes en 18 jours.

Le 24/01, la crevasse sur le sein droit est cicatrisée, mais celle sur l'autre sein persiste. Le 26/01, la mère sent, dans le quart supéro-externe du sein gauche, de petites masses douloureuses à la palpation. Elle ne présente pas de fièvre. Une sage-femme lui conseille de masser la zone touchée et de poursuivre les tétées. Le lendemain, la douleur au niveau des masses présentes dans le sein gauche est plus importante. La mère prend du paracétamol et applique des cataplasmes d'argile, elle se repose le plus possible. La crevasse sur le sein gauche est enfin cicatrisée, il aura fallu un mois.

Le 8/02, la mère recontacte la puéricultrice IBCLC car le quart-supéro externe du sein gauche est de plus en plus douloureux, et la persistance des masses l'inquiète. Elle a rendez-vous le 9/02 dans un service hospitalier d'urgences gynécologiques où on lui dit qu'on n'effectue pas d'échographies pendant l'allaitement. Le 10/02, elle passe une échographie dans un cabinet libéral en ville, qui montre 2 masses de 2 cm x 1,5 cm, avec suspicion d'abcès. Le même jour elle reconsulte le service hospitalier d'urgences gynécologiques avec

les résultats de l'échographie, qui sont remis en question. On dit à la mère que « ce sont peut-être des fibromes ou des collections de lait, il n'est pas nécessaire de pratiquer une ponction, car il y a peu de symptômes à part la douleur locale ». On lui suggère de revenir si elle constate une aggravation. La mère continue toujours à allaiter son bébé avec les deux seins.

Le 12/02, une inflammation est apparue autour de cette zone douloureuse. La mère retourne au service d'urgences. Dans la mesure où il n'y a ni ganglions, ni fièvre, l'interne des urgences conclut qu'il ne s'agit pas d'abcès et prescrit de l'amoxicilline. Il lui dit de ne pas hésiter à consulter en cas d'évolution défavorable. L'inflammation progresse et la mère recon-  
sulte aux urgences le 17/02, comme il lui a été proposé : le diagnostic évoqué est un érysipèle. 4 jours plus tard, elle revient pour le suivi de cette zone inflammatoire qui mesure alors 10 cm de diamètre environ. Le sein est de plus en plus douloureux. La mère est toujours sous amoxicilline. Ce même jour (20/02), une échographie du sein est effectuée, qui montre une collection purulente. Le sein est de plus en plus rouge sur sa partie externe, avec une zone blanchâtre en son centre. La peau, sur cette zone inflammatoire commence à peler. Le médecin ne constate ni fièvre, ni ganglions.

Une intervention est programmée 4 jours plus tard, soit le 24 février. Elle a lieu sous anesthésie générale avec une incision de 4 cm sur le quadrant supéro-externe du sein gauche. Après le retour au domicile, la mère a des soins quotidiens avec une infirmière. La plaie est méchée jusqu'au 9/03. La cicatrisation presque achevée le 27/03 (soit plus d'un mois après l'intervention). Pendant toute cette période, la mère a poursuivi l'allaitement exclusif.

## Réflexions sur la prévention et le traitement des abcès

Un engorgement qui concerne tout un sein lactant, ou une zone spécifique du sein, doit se régler en 24 à 48 h maximum. Au-delà de ce délai, si la mère n'a pas eu les informations pour résoudre l'engorgement (tétés fréquentes, en donnant priorité au sein douloureux sans oublier l'autre sein, environ toutes les deux heures le jour et toutes les quatre heures la nuit – repos – massage vers le mamelon quand le lait s'écoule – varier les positions du bébé au sein, menton en direction de la zone douloureuse – anti-inflammatoires locaux) ou si ce qu'elle a mis en place n'a pas été efficace, la situation devient très vite préoccupante, et l'on peut craindre l'évolution vers une mastite et/ou un abcès.

En conséquence :

- Un engorgement localisé, qui ne s'améliore pas franchement, ou qui récidive dans la même zone, demande une évaluation clinique et échographique soignée et rapide.
- Un engorgement qui se complique d'une mastite doit lui aussi s'améliorer rapidement en 24 h. Toute récidive au même endroit peut être le signe de la constitution d'un abcès.
- Un engorgement ou /et une mastite qui ne s'améliore pas en 24 – 48 h nécessite un avis médical pour examen clinique, mise sous antibiotique éventuelle et surveillance échographique.

Les facteurs de risques sont :

- des blessures à type de crevasses,
- une naissance dans les 10 – 12 jours précédents (infection nosocomiale)
- un portage maternel du stépto B
- une atteinte concomitante des deux seins
- un contexte de diabète insulino-dépendant
- une incapacité de vider les seins (bébé ou tire-lait)

La prise de paracétamol ou d'AINS tels que l'ibuprofène masque les signes d'aggravation. L'application d'anti-inflammatoires locaux à type d'applications froides (accumulateur de froid souple), de feuilles de chou blanc cru ou d'argile verte peut apporter un soulagement.

Un abcès peut se constituer sans qu'il y ait de fièvre ou après une mastite apyrexique. L'absence d'hyperthermie n'est pas un critère pour réfuter un abcès. La douleur persistante, éventuellement croissante, alliée à l'apparition éventuelle de signes locaux à type de masse, tuméfaction, rougeur, chaleur est un signe de gravité et doit faire évoquer la constitution d'un abcès même sans fièvre. Il ne faut pas attendre un signe de Budin positif (mise en évidence de pus sur la compresse à l'expression manuelle de lait) pour faire un diagnostic d'abcès. Si l'abcès est enkysté, rien ne sortira par les pores correspondants. De plus des globules graisseux qui surnagent sur la compresse sont souvent pris à tort pour du pus, ce qui rend non fiable le signe de Budin. Il peut donc y avoir abcès du sein sans fièvre, avec un écoulement de lait clair, sans signes locaux d'inflammation visibles, sans adénopathie, l'abcès étant envisagé uniquement sur la douleur ressentie par la maman et le résultat de la palpation.

Le diagnostic d'abcès est échographique. Les échographies doivent être précoces, effectuées au moindre doute, et répétées en fonction de l'évolution de la douleur et des signes cliniques. L'allaitement n'empêche pas la réalisation d'une échographie. Quand c'est possible, le bébé sera mis au sein juste avant l'acte pour vider au mieux le sein et faciliter la lecture de l'échographie. L'antibiothérapie est justifiée quand la situation (engorgement, mastite) ne s'améliore pas très rapidement malgré des tétées très fréquentes, jour et nuit, suivies si besoin d'expression du lait au tire-lait. La pyostacine semble être l'antibiotique de choix pour éviter une évolution vers l'abcès. L'allaitement aux deux seins sera poursuivi sans risque pour l'enfant (ou l'utilisation répétée du tire-lait). Le sevrage expose à un risque majeur d'abcès. Si la mère souhaite sevrer, elle pourra le faire quand la situation sera guérie et de façon très progressive.

Par ailleurs, il est utile de souligner les points suivants parmi les diverses conséquences négatives liées au drainage par incision versus un drainage par ponction à l'aiguille : la difficulté à exprimer le lait si l'incision se situe à la jonction entre l'aréole et le sein, ce qui favorise le risque de récurrence ; la nécessité de soins infirmiers quotidiens au niveau de l'incision, avec toutes les contraintes que cela génère pour la mère ; le délai important nécessaire à la cicatrisation (2 mois dans certains cas) ; et enfin l'éventuelle séparation mère-enfant en cas d'hospitalisation maternelle pour un drainage chirurgical.

## **Abcès du sein**

---

*A Vasseur, Puéricultrice en PMI, consultante en lactation IBCLC, Somain (59)*

Madame D. est rencontrée en consultation d'allaitement PMI pour induration et rougeur au-dessus de l'aréole droite. Son bébé a 1 mois 1/2. L'allaitement se passe bien et le bébé grossit correctement. En effet, Léon est né à terme, par voie basse, avec forceps, avec un poids de naissance de 3 395 g. Le jour de la consultation en PMI, il pèse 4 720 g

Lors de l'entretien avec la puéricultrice IBCLC, Madame D. explique avoir eu un engorgement 15 jours auparavant avec des signes de mastite, à savoir hyperthermie, syndrome grippal avec altération de l'état général. Elle avait consulté son médecin traitant 48 h après le début de cet épisode. N'ayant plus alors d'hyperthermie, et devant l'amélioration de son état général, le médecin a conseillé de continuer l'allaitement.

Madame D. explique que ce jour l'allaitement se passe bien, mais qu'il est difficile de faire disparaître cette « boule » située au-dessus de l'aréole droite malgré des massages. À la



palpation, une induration rouge de 1,5 cm de diamètre, légèrement douloureuse, est constatée. Madame D. ne présente aucun autre signe associé.

L'éventualité d'un abcès est envisagée. Un contact est pris immédiatement avec la maternité où Madame D. a accouché pour obtenir une échographie mammaire, mais la maman doit d'abord se présenter aux urgences gynécologiques de l'établissement. Aux urgences, Madame D. est vue par une sage-femme. Celle-ci lui prescrit des anti-inflammatoires, avec comme consigne de revenir consulter si l'induration augmente. Un contrôle est programmé 48 h après.

Le lendemain, il est conseillé à la maman d'arrêter les anti-inflammatoires, car en l'absence de couverture antibiotique, ils peuvent masquer l'aggravation de l'abcès. Un nouveau contact est pris avec la maternité et, après insistance, un rendez-vous est obtenu pour le jour suivant en consultation d'allaitement. Une échographie confirme un abcès de 4 cm, et Madame D. est mise sous traitement antibiotique (pristinamycine).

L'abcès se résorbe après 10 jours d'antibiotiques et Madame D. va poursuivre l'allaitement jusqu'à la reprise du travail quand Léon a 4 mois. La maman garde un très bon souvenir de son allaitement et regrette de n'avoir pu continuer plus longtemps.



## Le dossier du mois

### Comment convaincre de l'efficacité du traitement médical de l'abcès du sein ?

*Hélène Delgado, sage-femme, consultante en lactation IBCLC, CHU Lyon Sud ; Dr Brigitte Fontaine, gynéco-obstétricienne, consultante en lactation IBCLC, Centre Hospitalier d'Angoulême*

Depuis des décennies, l'enseignement de la gynécologie ne préconisait qu'un seul traitement des abcès du sein en cours de lactation : le traitement chirurgical avec incision et drainage. Pourtant, depuis de nombreuses années, des confrères proposent une alternative à ce traitement radical. Les premières publications datent de 1933 (1), et elle préconise un drainage par insertion d'une sonde via une incision d'environ 2 cm avec lavage au dakin injecté avec une seringue. Dès la découverte de la pénicilline et sa disponibilité, d'autres publications préconisent la ponction associée à l'antibiothérapie (2). Depuis les années 1980, les publications se multiplient, issues de diverses parties du monde : Asie (3, 4), Australie (5), États-Unis (6), mais surtout de nos voisins européens : Suisse (7, 8), Allemagne (9, 10), Belgique (11), Grande-Bretagne (12, 13), Espagne (14), Danemark (15).

En France et de façon ponctuelle, des équipes proposaient le traitement médical de l'abcès du sein avec ponction et lavage associés à une antibiothérapie. Mais elles se heurtaient jusqu'à présent au scepticisme de leurs confrères.

Plusieurs faits récents ont modifié cette approche :

- Une première grande publication française de l'équipe de Lyon Sud dans le *Journal de Gynécologie Obstétrique de Biologie de la Reproduction* en 2016 (16) ;
- Les recommandations du Collège de Gynécologie obstétrique de 2015 : « La réalisation de ponctions itératives à l'aiguille est une alternative au drainage dans les formes modérées (accord professionnel) » (17) ;
- Les recommandations de plusieurs sociétés savantes d'avoir recours à la ponctions pour divers abcès (abdominopelviques, glande de Bartholin...).

L'expérience du CHU de Lyon Sud est particulièrement significative, car elle se fonde sur des pratiques et des moyens français, avec des résultats extrêmement séduisants sur le plan de la satisfaction des patientes et de la poursuite de l'allaitement. Il s'agissait d'une étude rétrospective menée de décembre 2007 à décembre 2013. L'équipe était composée des gynécologues-obstétriciens et des radiologues du CHU, et d'une sage-femme consultante en lactation qui a assuré la surveillance clinique conjointement aux gynécologues, le suivi des dossiers et le soutien de l'allaitement. Dans cette étude, tous les abcès dépistés pendant cette période ont été pris en charge, ce qui représentait 40 patientes. Six ont été exclues car traitées chirurgicalement d'emblée ou par antibiothérapie exclusive, 34 ont été ponctionnées dont 2 après chirurgie.

Il s'agissait principalement de primipares (91,1 %), l'abcès était survenu en moyenne à 8 semaines post-partum, et la durée d'évolution des symptômes au moment de la 1<sup>ère</sup> consultation était de 1 à 26 jours (9,9 jours en moyenne). 28 patientes avaient un seul abcès, 3 en avaient 2, 1 patiente en avait 4 et 2 patientes en avaient 5. La taille de l'abcès allait de 10 à 150 mm, avec une moyenne de 41,2 mm. Les facteurs de risque retrouvés étaient une mastite dans 91 % des cas, des crevasses dans 38,2 % des cas, un bout de sein en silicone dans 38 % des cas et une mycose mammaire dans 15 % des cas. Les germes

retrouvés étaient pour 82 % des cas un Staphylocoque doré et dans 6 % des cas un E. Coli. Les antibiotiques prescrits étaient la pristinamycine, l'amoxicilline-acide clavulinique, l'oxacilline, et la josacine.

La 1<sup>ère</sup> ponction ramenait de 2 à 100 ml de pus (en moyenne 22,5 ml). Le nombre de ponctions était en moyenne de 1,9 ; 19 patientes ont eu une seule ponction, 6 ont eu 2 ponctions, 5 ont eu 3 ponctions, 2 en ont eu 4, et 2 en ont eu 5. Le taux de réussite était de 91,2 % par ponction. 3 patientes ont été opérées après prise en charge par ponction. Une après 1 ponction, une après 2 ponctions et une après 4 ponctions. Dans ce groupe, on note un délai d'évolution des symptômes d'en moyenne 20,5 jours avant la prise en charge, et des abcès de 40, 55 et 80 mm. La durée de suivi des patientes ponctionnées était de 4 jours à 7 mois avec une moyenne de 46,5 jours, incluant la poursuite du soutien de l'allaitement. 87,5 % des patientes ont poursuivi l'allaitement, 48,5 % d'entre elles avec le sein abcédé. Aucune infection chez le bébé n'a été rapportée.

Au terme de ces expériences, il est intéressant de présenter les conditions nécessaires à la mise en œuvre de cette technique, les avantages et les inconvénients respectifs du drainage chirurgical versus le drainage par ponction.

Sur le plan pratique, le diagnostic est clinique, confirmé par l'échographie. La ponction est réalisée après information de la patiente et obtention de son accord. La ponction peut être réalisée par le gynécologue ou le radiologue, sous échographie et anesthésie locale par xylocaïne 1 % avec une aiguille de 16 gauges, ou éventuellement 14 gauges en fonction de la viscosité du pus. Elle est réalisée si possible avec un abord oblique. Le lavage au sérum physiologique est conseillé et une antibiothérapie est associée pendant une durée de 10 à 14 jours. L'antibiothérapie de référence est la pristinamycine (3 g / 24 h) ou l'oxacilline (3 g / 24 h) en raison de la fréquence du Staphylocoque doré. Un traitement antalgique de palier 1 est associé, mais la ponction à elle seule est très souvent antalgique. L'allaitement est maintenu et soutenu par un professionnel de santé et/ou une association de mères selon les circonstances et les possibilités. La patiente est revue 2-3 jours après la ponction, puis une fois par semaine jusqu'à la guérison. Dans 50 à 60 % des cas, une seule ponction sera suffisante ; parfois 2 à 3 ponctions seront nécessaires, exceptionnellement davantage. Certaines équipes mettent en place un drain permettant des lavages itératifs en cas d'abcès volumineux, de taille supérieure à 5-7 cm, mais ceci n'est pas indispensable.

Les avantages du traitement chirurgical existent : il est radical (pour le médecin...) et permet une éventuelle biopsie en cas de doute ou de risque de lésion cancéreuse. Mais il est au prix d'une hospitalisation, d'une anesthésie générale avec un coût plus élevé, de pansements douloureux, d'une cicatrice, d'une séparation de la mère et de l'enfant et souvent d'une suspension de l'allaitement avec risque ultérieur d'altération de la lactation.

En revanche, le traitement médical par ponction-drainage peut se faire en consultation externe sous anesthésie locale, à moindre coût, sans séparation de la mère et de l'enfant, avec maintien de l'allaitement. Il permet une guérison plus rapide et sans cicatrice. Le risque d'échec est de 10-15 %. Une vigilance particulière est préconisée en cas de situation à risque de cancer du sein. Le principal obstacle semble être de convaincre l'ensemble de l'équipe de l'intérêt de cette pratique, et d'organiser une stratégie de surveillance permettant le suivi nécessaire avec les gynécologues, radiologues et sages-femmes.

En conclusion : La prise en charge des complications de l'allaitement (mastites et crevasses) est importante en prévention des abcès, car on constate une fréquence majeure de ces facteurs de risque, et un délai de prise en charge parfois très long. En revanche, avec une bonne prise en charge, on peut éviter la chirurgie et préserver l'allaitement. Nous avons les moyens de réussir, mais il est nécessaire encore de convaincre, d'organiser nos maternités de manière à pouvoir assurer le suivi des patientes et de préserver l'allaitement chaque fois que souhaité par les mères.

## Bibliographie

1. Bailey H. The treatment of abscess of the breast. *BMJ* 1933 ; 1 : 1001-3.
2. Florey ME et al. Treatment of breast abscesses with penicillin. *BMJ* 1946 ; 2 ; 845-8.
3. Schwartz RJ, Shrestha R. Needle aspiration of breast abscess. *Am J Surg* 2001 ; 182 : 117-9.
4. Elagili F et al. Aspiration of breast abscess under ultrasound guidance : outcome obtained and factors affecting success. *Asian J Surg* 2007 ; 30 : 40-4.
5. Amir LH et al. Incidence of breast abscess in lactating women : report an Australian cohort. *BJOG* 2004 ; 111 : 1378-81.
6. Leborgne F, Leborgne F. Treatment of breast abscesses with sonographically guided aspiration, irrigation and instillation of antibiotics. *Am J Roentgenol* 2003 ; 181 : 1089-91.
7. Ulitzsch D et al. Breast abscess in lactating women : US-guided treatment. *Radiology* 2004 ; 232 : 904-9.
8. Delaloye JF et al. Abscès du sein : privilégier la ponction-aspiration échoguidée. *Rev Med Suisse* 2010 ; 6 : 2010-12.
9. Hook GW, Ikeda DM. Treatment of breast abscesses with US-guided percutaneous needle drainage without indwelling catheter placement. *Radiology* 1999 ; 213 : 579-82.
10. Rageth CJ et al. Conservative treatment of puerperal breast abscesses with repeated sonographically guided aspirations and oral antibiotic administrations. *Z Geburtshilfe Neonatol* 2004 ; 208 : 170-3.
11. Leconte I, Fellah L. Mastite et allaitement. *Imagerie Médicale de la Femme* 2008 ; 18 : 223-8.
12. Dixon JM. Repeated aspiration of breast abscess in lactating women. *BMJ* 1988 ; 297 : 1517-8.
13. Dixon JM, Khan LR. Treatment of breast infection. *BMJ* 2011 ; 342 : d396.
14. Berna-Serna JD, Madrigal M. Percutaneous management of breast abscesses. An experience of 39 cases. *Ultrasound Med Biol* 2004 ; 30 : 1-6.
15. Christensen AF et al. Ultrasound-guided drainage of breast abscesses : result in 151 patients. *Br J Radiol* 2005 ; 78 : 186-8.
16. Debord MP et al. Abscès du sein lactant : et si on ne les opérât plus ? *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2016 ; 45 : 307-14.
17. Marcellin L, Chantry AA. Allaitement maternel (partie III) : complications de l'allaitement – Recommandations pour la pratique clinique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2015 ; 44 : 1084-90.

## **Drainage d'abcès du sein volumineux guidé par échographie**

---

*Ultrasound-guided percutaneous catheter drainage of large breast abscesses in lactating women : how to preserve breastfeeding safely. Falco G et al. Breastfeed Med* 2016 ; 11(10) : 555-6.

L'abcès du sein est une complication rare mais sérieuse de la mastite ou d'un canal lactifère bouché. Le traitement optimal des abcès du sein reste un sujet de controverse, en particulier lorsque l'abcès est volumineux. Dans ce dernier cas, le traitement recommandé est le drainage chirurgical sous anesthésie générale, stratégie impliquant une séparation mère-enfant, une longue durée de cicatrisation, et un résultat esthétique éventuellement peu satisfaisant. Plus récemment, on a décrit une technique de drainage par ponction guidée par échographie pour le traitement des abcès peu volumineux, nettement moins invasive et préservant l'allaitement. Les auteurs présentent une stratégie de gestion des abcès du sein volumineux par ponction guidée par échographie.

Entre mars 2014 et mai 2016, les auteurs ont suivi 34 femmes référées à leur consultation hospitalière de Reggio Emilia (Italie) suite au diagnostic d'un abcès du sein. Toutes ces femmes ont été examinées afin de déterminer la faisabilité d'un drainage par ponction transcutanée, guidé par échographie. Toutes présentaient un abcès faisant  $\geq 3$  cm de diamètre. Une anesthésie locale a été effectuée (injection de 10 ml de lidocaïne à 2 %). Une incision d'environ 5 mm a été pratiquée pour passer le cathéter, qui a été inséré jusque dans la cavité de l'abcès, la progression étant suivie par échographie. Le cathéter disposait d'une valve

à 3 clapets, permettant de diriger le pus dans un sac, puis d'injecter à 3-5 reprises une solution saline stérile dans la cavité pour l'irriguer. Le cathéter a ensuite été fixé à la peau. Les femmes sont restées hospitalisées pendant environ 2 heures. Elles sont revenues tous les 2 jours en consultation pour une nouvelle irrigation, jusqu'à cessation d'un écoulement purulent et disparition de la cavité à l'échographie. Les mères ont par ailleurs été vivement encouragées à poursuivre l'allaitement avec le sein non touché, et à tirer leur lait du côté touché. On leur a prescrit du paracétamol pour la douleur, ainsi que de l'ampicilline.

Les femmes avaient 18 à 37 ans. 23 étaient primipares. La bactériologie était négative chez 10 femmes. Elle retrouvait un Staphylocoque doré chez 16 femmes, et un Staphylocoque épidermidis chez 8 femmes. La cytologie était négative pour les cellules malignes chez toutes les femmes. Le diamètre de l'abcès allait de 3,3 à 9,7 cm, et le volume de pus drainé lors de l'aspiration allait de 25 à 70 ml. Une amélioration clinique a été constatée chez toutes les femmes immédiatement après le drainage. Le cathéter a été laissé en place pendant 10 à 28 jours. Aucune complication n'a été constatée, et aucune récurrence n'est survenue. Cette procédure s'est avérée efficace, sans danger, peu coûteuse, et bien tolérée par les femmes, et il semble donc possible de la recommander en première intention, en particulier chez les mères qui ne souhaitent pas suspendre leur allaitement. Il serait nécessaire de mener une étude randomisée portant sur un nombre plus important de femmes afin d'évaluer l'intérêt de cette méthode de drainage par rapport à un drainage chirurgical chez des femmes présentant un abcès volumineux.

## ***Diversité microbienne du lait de femmes souffrant de mastite***

---

*Microbial diversity in milk of women with mastitis : potential role of coagulase-negative Staphylococci, viridans group Streptococci, and Corynebacteria. Mediano P et al. J Hum Lact 2017 ; 33(2) : 309-18.*

Les mastites sont fréquentes chez les mères allaitantes, et elles pourront se compliquer, ou induire un sevrage prématuré. L'étiologie des mastites est multifactorielle, et le rôle de certaines bactéries reste mal connu. On a récemment avancé que les mastites se caractérisaient par une dysbiose ou un déséquilibre entre les diverses populations bactériennes, ce qui favorisera la prolifération de certains germes. Les mastites sont généralement diagnostiquées sur des signes cliniques, et des prélèvements pour analyse bactériologique sont rarement effectués. Le Staphylocoque doré est classiquement considéré comme le germe pathogène le plus souvent en cause dans les mastites, mais des études récentes ont constaté le rôle des staphylocoques coagulase négative, tels que le *S. epidermidis*, en particulier dans les mastites subaiguës ou subcliniques. Des Streptocoques viridans (qui font partie de la flore oropharyngée) ou des corynébactéries pourraient également jouer un rôle dans les mastites. Le but de cette étude était d'évaluer la diversité microbienne dans le lait de femmes souffrant de mastite.

Cette étude transversale descriptive multicentrique a été menée auprès de femmes venues consulter pour une mastite dans des centres médicaux de diverses régions d'Espagne (Madrid, Catalogne, Asturies, Valence, Andalousie, Galicie...). Ces femmes présentaient des signes locaux (rougeur, douleur, gonflement), et éventuellement des signes généraux (syndrome grippal, fièvre). Au total, 935 femmes ont donné 1 849 échantillons de lait, exprimé manuellement dans un tube stérile après nettoyage doux du mamelon au savon et élimination des premières gouttes ; 915 femmes ont donné des échantillons provenant des 2 seins, et 19 femmes ont exprimé du lait uniquement à partir du sein touché par la mastite. Les échantillons ont été immédiatement placés à 4°C, et ont été traités dans les 8 heures qui ont suivi leur recueil. Des cultures bactériologiques ont été démarrées. Les différents germes



isolés ont été caractérisés à la fois à partir de milieux de culture spécialisés, et par séquençage après amplification par PCR.

Le groupe des staphylocoques était présent dans 97,57 % des échantillons. Le *S. epidermidis* était retrouvé dans 91,56 % des échantillons, tandis que le *S. doré* l'était dans 29,74 % d'entre eux. D'autres souches de staphylocoques étaient retrouvées dans 3,89 % des échantillons. Le groupe des streptocoques venait ensuite, présent dans 70,20 % des échantillons ; un *S. mitis* et un *S. salivarius* étaient retrouvés dans 50,68 et 32,23 % des échantillons. Les corynébactéries étaient le 3<sup>e</sup> groupe le plus fréquent (16,60 % des échantillons). Venait ensuite les entérobactéries (4,06 %) et les entérocoques (2,21 %), les candida étant retrouvés dans seulement 0,54 % des échantillons. Le séquençage a permis de dénombrier 211 germes différents. 12 germes différents ont été identifiés parmi ceux appartenant à la famille des staphylocoques ; outre le *S. epidermidis*, 4 autres staphylocoques coagulase négative ont été identifiés : *S. hominis*, *S. lugdunensis*, *S. pasteurii* et *S. warneri*. 10 types différents de streptocoques ont été identifiés à partir de 102 cultures de streptocoques du groupe viridans ; la plupart d'entre eux étaient du groupe *mitis* (*S. mitis*, *S. parasanguinis*) ou *salivarius* (*S. salivarius*, *S. vestibularis*). 37 des 47 corynébactéries ont pu être identifiées et réparties en 14 différentes espèces, les plus courantes étant *C. amycolatum*, *C. kroppenstedtii*, *C. tuberculostearicum* et *Actinomyces odontolyticus*. Dans un même échantillon de lait, le nombre de germes cultivés allait de 1 à 7 (2 à 4 dans 80 % des échantillons). Globalement, une grande variété de combinaisons de germes était observée. À noter que 10,76 % des échantillons contenaient uniquement un *S. epidermidis*, tandis que 1,19 % contenaient uniquement un *S. doré* ; le *S. epidermidis* était le germe le plus souvent retrouvé en conjonction avec d'autres bactéries.

La principale limitation de cette étude est que seuls les germes isolés à partir d'une culture ont fait l'objet d'un séquençage. Par ailleurs, on n'avait pas collecté de données sur la prise éventuelle d'antibiotiques et/ou d'antifongiques par la mère. Ces résultats permettent toutefois de penser que des bactéries habituellement considérées comme commensales (*S. epidermidis* et autres staphylocoques coagulase négative, corynébactéries...) pourraient jouer un rôle significatif dans la survenue de mastites. Il serait nécessaire de mener d'autres études, en suivant un protocole précis pour le recueil des échantillons et l'analyse des germes.

## ***La prise orale d'un probiotique prévient la survenue de mastites***

---

*Oral administration to nursing women of Lactobacillus fermentum CECT5716 prevents lactational mastitis development : a randomized controlled trial. JA Hurtado et al. Breastfeed Med 2017 ; 12(4) : 202-9.*

Les dysbioses favorisent les infections par les germes pathogènes, et on s'intéresse de plus en plus à l'utilisation des probiotiques pour restaurer une flore normale. La mastite est une inflammation de la glande mammaire qui survient généralement pendant la lactation. Elle s'accompagne d'une dysbiose, avec prolifération de certaines espèces bactériennes (Staphylocoques en particulier). Des études ont constaté que la prise orale de certaines souches de probiotiques pouvait modifier la flore du lait humain et limiter la prolifération des germes à l'origine des mastites. Le *Lactobacillus fermentum* CECT5716 est un germe normalement présent dans le lait humain de femmes en bonne santé, et il a démontré une activité anti-infectieuse vis-à-vis du Staphylocoque spp dans le lait humain. Le but de cette étude était d'évaluer l'impact protecteur de cette souche vis-à-vis des mastites.

Cette étude espagnole randomisée en double aveugle et multicentrique a été menée auprès de femmes âgées de 18 à 45 ans qui avaient accouché dans 12 services de maternité entre 37 et 42 semaines de gestation, et qui avaient reçu un traitement antibiotique prophylactique dans les 2 jours précédant et/ou suivant leur accouchement. Ces femmes souhaitaient allaiter pendant au moins 16 semaines. Elles étaient en bonne santé ainsi que leur bébé. Elles ont été incluses alors qu'elles avaient accouché depuis 1 à 6 jours, et elles ont été randomisées en un groupe intervention, qui a pris jusqu'à 16 semaines post-partum une gélule quotidienne apportant  $3 \times 10^9$  UFC de *L. fermentum*, et un groupe témoin qui a pris quotidiennement une gélule placebo de maltodextrine. Les flacons de gélules fournis aux mères devaient être conservés au réfrigérateur. Toutes les femmes ont répondu à un questionnaire lors de leur inclusion. Elles ont par la suite été recontactées tous les mois pour un nouveau questionnaire. La survenue d'une mastite a été notée (rougeur, douleur, tuméfaction mammaire avec ou sans syndrome grippal), et confirmée par un professionnel de santé qui a coté la sévérité des divers symptômes. Des données concernant chaque épisode ont été collectées (durée, prise d'antibiotiques, d'antalgiques...). Les mères ont également répondu à un questionnaire sur leur alimentation au démarrage de l'étude et au dernier suivi. Des échantillons de lait ont été collectés au début et en fin d'étude, ainsi qu'à l'occasion de tous les épisodes de mastite selon un protocole précis ; on y a recherché la flore bactérienne par amplification et séquençage, y compris le *L. fermentum* CECT5716, ainsi que le taux d'IL-8.

625 femmes ont été incluses au départ : 322 dans le groupe témoin et 303 dans le groupe intervention. Respectivement 221 et 203 ont été suivies à 1 mois, 186 et 173 à 2 mois, 165 et 144 à 3 mois, et 152 et 139 à 4 mois. Les 2 groupes présentaient globalement des caractéristiques similaires. 16 femmes ont présenté une mastite dans le groupe intervention contre 30 dans le groupe témoin, pour un total de 58 épisodes de mastite. Par ailleurs, l'intensité des signes cliniques de mastite était plus basse dans le groupe intervention, en particulier le niveau de douleur. Dans les échantillons de lait collectés hors mastite, le nombre de *Staphylococcus* spp était plus bas de 48 % dans le groupe intervention par rapport au groupe témoin. Dans les échantillons collectés pendant un épisode de mastite, le nombre de *S. spp* était plus bas de 58 % dans le groupe intervention. La prise du probiotique n'avait pas d'impact sur le nombre total de Lactobacilles, ou de bactéries aérobies ou anaérobies. Le *L. fermentum* CECT5716 était retrouvé à 16 semaines dans le lait de 23,6 % des femmes du groupe intervention et 14,6 % des femmes du groupe témoin. Le taux d'IL-8 était similaire dans le lait des femmes des 2 groupes. Son taux lacté était significativement plus élevé dans les échantillons collectés pendant une mastite, et dans ce sous-groupe, il était plus élevé dans le lait des femmes du groupe témoin que dans celui des femmes du groupe intervention. Il existait une corrélation positive entre le taux d'IL-8 et le risque de mastite.

Le principal biais de cette étude est le nombre important de femmes perdues de vue. Son principal point fort est son caractère randomisé en double aveugle, et le recueil de données cliniques sur la sévérité de la mastite. La prévention des mastites repose avant tout sur de bonnes pratiques d'allaitement. Toutefois, cette étude permet de penser que la prise d'un probiotique tel que le *L. fermentum* CECT5716 pourrait participer à cette prévention.

NDLR : la plupart des auteurs de cette étude travaillent pour le laboratoire commercialisant ce probiotique.