HAL
open science

Devenir de l'allaitement maternel après la prise en charge par ponction(s) échoguidée(s) d'un abcès du sein lactant

Camille Paugam

To cite this version:

Camille Paugam. Devenir de l'allaitement maternel après la prise en charge par ponction(s) échoguidée(s) d'un abcès du sein lactant. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02440381

HAL Id: dumas-02440381

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02440381v1

Submitted on 15 Jan 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ESF - Sorbonne Université

Ecole de Sages-Femmes Saint-Antoine

Mémoire pour le Diplôme d'Etat de Sage-femme

Devenir de l'allaitement maternel après la prise en charge par ponction(s) échoguidée(s) d'un abcès du sein lactant

PAUGAM Camille

Née le 13 juillet 1983

Nationalité française

Directeur de mémoire : **Dr. Virginie RIGOURD**

Année universitaire : 2018–2019

ESF - Sorbonne Université

Ecole de Sages-Femmes Saint-Antoine

Mémoire pour le Diplôme d'Etat de Sage-femme

Devenir de l'allaitement maternel après la prise en charge par ponction(s) échoguidée(s) d'un abcès du sein lactant

PAUGAM Camille

Née le 13 juillet 1983

Nationalité française

Directeur de mémoire : **Dr. Virginie RIGOURD**

Année universitaire : 2018–2019

Remerciements

Au Dr Virginie Rigourd, médecin responsable du lactarium régional d'Ile-de-France et directrice de ce mémoire, pour m'avoir encadrée tout au long de ce travail ainsi que ses conseils avisés.

À l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes de l'hôpital Saint-Antoine pour leur encadrement et leur accompagnement pendant ces années d'étude. Un remerciement tout particulier à Mme Caroline Franz pour sa gentillesse, sa disponibilité et l'aide qu'elle m'a apportée.

A mes amies de promotion et tout particulièrement Chrystèle O., Louise L., Mathilde D. pour leur bonne humeur et tous ces moments d'aide et de partage durant ces études.

A mes parents adorés, Nelly et Jean-Luc, pour leur soutien sans réserve dans ce nouveau projet de vie, leur écoute attentive et leurs gardes de « super grands-parents ». Sylvie je te remercie également pour tes gardes de « super mamie », ta patience sans limite et tes encouragements. Sans vous, rien n'aurait été possible.

A ma sœur Dr Zou, pour les discussions passionnées à toute heure et ses conseils avisés pour réussir les études médicales. A mon frère Nicolas qui a toujours gardé un œil bienveillant et encourageant.

A Samuel. Tu m'as encouragé sans relâche, tu as toujours cru en moi, tu as accepté les sacrifices sans rechigner. Je te dois tellement…

A Gabrielle et Judith, mes petites filles chéries, à qui je dédie ce mémoire.

Sommaire

1 Préambule 1
2 Introduction à l'étude 2
2.1 L'allaitement maternel en France 2
2.1.1 La référence pour l'alimentation du nourrisson 2
2.1.2 Des particularités françaises 2
2.2 L'abcès du sein lactant 3
2.2.1 Epidémiologie 3
2.2.2 Clinique 3
2.2.3 Facteurs favorisant la survenue d'un abcès du sein lactant 3
2.2.4 Prise en charge d'un abcès du sein lactant 5
2.2.5 Abcès et poursuite de l'allaitement maternel 7
3 Méthodologie 9
3.1 Objectifs et hypothèses 9
3.2 Matériel et méthode 9
3.2.1 Type d'étude et déroulement 9
3.2.2 Population cible 9
3.2.3 Outils de l'étude 10
3.3 Considérations éthiques et réglementaires 11
3.4 Analyse des données 11
4 Résultats 12
4.1 Taux de participation 12
4.2 Description population d'étude 12
4.2.1 Tranches d'âge 12
4.2.2 Parité 12
4.2.3 Antécédents d'allaitement maternel 13
4.2.4 Terme d'accouchement 13

4.3 Description de l'allaitement 14
4.3.1 Type d'allaitement 14
4.3.2 Difficultés rencontrées avant la découverte de l'abcès 15
4.4 Découverte et prise en charge de l'abcès avant ponction 17
4.4.1 Type de lésion 17
4.4.2 Age enfant lors de la découverte de l'abcès 17
4.4.3 Prise en charge initiale 17
4.4.4 Interruption de l'allaitement 18
4.4.5 Délai prise en charge avant la ponction (âge enfant lors de la ponction) 19
4.5 Poursuite allaitement après ponction 20
4.5.1 Poursuite allaitement 20
4.5.2 Accompagnement 20
4.5.3 Après la résolution de l'abcès 20
4.5.4 Durée allaitement et raisons du sevrage 21
4.6 Reprise chirurgicale 22
4.7 Ressenti patientes 23
5 Analyse et discussion 24
5.1 Biais, limites et points forts 24
5.1.1 Taille de la population 24
5.1.2 Biais de sélection 24
5.1.3 Biais de mémorisation 24
5.1.4 Biais liés au questionnaire 25
5.1.5 Points forts 25
5.2 Validation des hypothèses 26
5.2.1 Facteurs de risque de développement d'un abcès 26
5.2.2 Devenir de l'allaitement dans notre population d'étude 28
5.3 Perspectives et propositions 31
5.3.1 Apport de notre suivi de l'allaitement 31

5.3.2 Repérage des femmes à risque de développement d'un abcès et rôle de la sage-femme 32
5.3.3 Fiche de soutien à l'allaitement maternel 33
6 Conclusion 35
7 Références bibliographiques 36
8 Annexes 40
9 Glossaire 49

1 Préambule

L'allaitement maternel (AM) constitue la référence pour l'alimentation du nourrisson pendant les premiers mois de la vie, avec des bienfaits qui ne sont plus à prouver.

En France en 2016 66,7 % des mères donnaient le sein à la naissance, une prévalence faible par rapport aux autres pays européens et en léger repli par rapport aux derniers chiffres nationaux de 2010 (1). L'autre particularité est le sevrage précoce des nouveau-nés français avec une durée médiane de l'allaitement estimée à 15 semaines, et seulement 3 semaines et demie pour un allaitement exclusif ou prédominant (2). Parmi les facteurs expliquant cet arrêt précoce, les pathologies du sein occupent une place non négligeable.

L'abcès du sein, objet de ce travail de recherche, est une collection de pus, bien délimitée dans le sein. Deux types de prise en charge existent : la chirurgie, par incision et drainage, et la ponction échoguidée. Cette complication douloureuse et difficile à gérer pour les mères entraîne souvent un arrêt de l'AM. Notamment le traitement chirurgical, qui reste conventionnel en France, indique souvent un arrêt (ou du moins une interruption) de l'allaitement, du fait de la séparation mère/enfant lors de l'hospitalisation. Au contraire, la prise en charge non chirurgicale autoriserait la poursuite de l'AM sur les deux seins immédiatement après la ponction (3).

A ce jour il n'existe pas d'études décrivant le devenir de l'AM après la prise en charge d'un abcès du sein lactant par ponction échoguidée : cela sera donc l'objectif principal de notre étude, avec un questionnaire adressé à des patientes recrutées par le Réseau de Santé Périnatal Parisien (RSPP). Des facteurs de risque de survenue d'un abcès du sein lactant ont déjà été bien identifiés dans de précédents travaux. Un objectif secondaire de notre étude sera d'identifier les raisons de survenue de cette pathologie pour les patientes de notre échantillon.

Nous réaliserons premièrement une rapide description épidémiologique de l'AM en France, avec quelques étiologies des particularités de notre pays. Un état des lieux sur l'abcès du sein lactant sera ensuite effectué : épidémiologie, diagnostic, différentes prises en charge… en concluant sur l'objet de ce travail de recherche, à savoir l'AM.

Dans un second temps nous présenterons la méthodologie qui sera utilisée pour cette recherche. Enfin les résultats seront exposés, suivis d'une discussion.

2 Introduction à l'étude

2.1 L'allaitement maternel en France

2.1.1 La référence pour l'alimentation du nourrisson

Le lait maternel est l'aliment de référence pour les nourrissons dans les premiers mois de leur vie. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande un AM exclusif pendant les six premiers mois de la vie, et la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans (4). Côté nourrisson, une supériorité nutritionnelle et immunitaire du lait maternel par rapport aux préparations lactées industrielles est mise en avant. Sur le premier point, le lait maternel s'adapte en composition et en volume à l'âge du nourrisson permettant une croissance optimale (5). Sur le plan de l'immunité, l'AM est un facteur protecteur du risque infectieux(6), notamment concernant les infections gastro-intestinales (7), respiratoires (8) (9).

Sur le plan maternel, sont notamment pointés un moindre risque des infections postnatales et une accélération de l'involution utérine réduisant le risque d'hémorragie du post partum, et de ce fait protégeant contre les carences en fer (10). A plus long terme, le risque des cancers du sein et de l'ovaire est inférieur chez les femmes ayant allaité (6).

2.1.2 Des particularités françaises

2.1.2.1 Prévalence faible

En France, la promotion de l'allaitement maternel est un objectif de santé publique et est intégrée dans le Programme national nutrition-santé (PNNS) renouvelé depuis 2001. Malgré cela, notre pays présente une prévalence de l'AM parmi les plus faibles des pays européens. Ainsi en 2010, 68,7 % des mères allaitaient (exclusivement ou non) dans les 48 premières heures de vie, à comparer aux 95,9 % en République Tchèque, 86,6 % en Pologne ou encore 97 % en Slovénie (11). Fort de cette constatation, l'un des objectifs du PNNS 2011-2015 était d'augmenter de 15 % au moins, en 5 ans, le pourcentage d'enfants allaités à la naissance (12). La dernière enquête périnatale a montré une non atteinte de cet objectif, avec un léger fléchissement du taux d'enfants allaités à la naissance à 66,7 % en 2016, après une progression continue depuis les années 90 grâce aux mesures de santé publique. L'évolution la plus marquante concerne l'AM exclusif, qui a baissé de manière significative entre 2010 et 2016, passant de 60,3 % à 52,2 %. Un phénomène qui pourrait être expliqué par une évolution des préférences des femmes entre les deux enquêtes périnatales (1).

2.1.2.2 Sevrage précoce

L'autre particularité française est un sevrage précoce, avec une durée médiane de l'allaitement estimée à 15 semaines, et seulement 3 semaines et demie pour un allaitement exclusif ou prédominant. En 2012 si 74 % des nourrissons recevaient du lait maternel à la maternité, ils n'étaient plus que la moitié (54 %) à être allaités à l'âge d'un mois, 34 % à 4 mois et un quart à six mois. Parmi les causes d'un sevrage précoce, avant les 1 mois du nourrisson, le facteur prédominant est une insuffisance ressentie de lait (citée par 51,3 % des femmes), suivie par des pathologies du sein (36,6 %), des problèmes liés à la mise au sein (34,2 %) (2). D'autres études pointent également la reprise du travail, l'impression de manque de lait, des difficultés techniques, en principales causes d'arrêt précoce (13) (14).

Les pathologies du sein, cause prédominante du sevrage précoce, sont nombreuses et variées. Nous allons nous focaliser sur l'abcès du sein lactant, complication douloureuse entraînant trop souvent un arrêt de l'AM.

2.2 L'abcès du sein lactant

2.2.1 Epidémiologie

L'abcès du sein lactant est une complication rare de l'allaitement, estimée à 0,1-0,4% de survenue selon les études (15) (16) . En Ile-de-France, cela représenterait près de 720 cas potentiels annuels, pour 180 000 naissances (17).

2.2.2 Clinique

L'abcès est une collection de pus, bien délimitée dans le sein. Il peut être chaud avec signe d'inflammation ou plus rarement froid sans signe d'inflammation. Il apparaît autour de la sixième semaine d'allaitement, mais peut survenir à tout moment de la lactation et au cours du sevrage (18). Cliniquement, il y a palpation d'une masse inflammatoire, fluctuante, circonscrite, douloureuse au niveau mammaire avec (ou sans) épisode de fièvre (3). La masse peut devenir mobile, s'accompagner d'un changement de couleur et d'une nécrose de la peau dans les cas non traités (19).

2.2.3 Facteurs favorisant la survenue d'un abcès du sein lactant

2.2.3.1 Principal facteur : la mastite

Le principal facteur de risque de survenue d'un abcès est la mastite, compliquée par un défaut ou un retard de prise en charge (19). 3 à 11 % des femmes présentant une mastite ont un risque de développer un abcès selon plusieurs travaux (16). Au CHU de Lyon, une étude rétrospective réalisée sur 34 patientes présentant ou un plusieurs abcès sur la période 2007/2013 trouve un taux de mastite de 91,1 % (3).

La mastite est une inflammation du sein pouvant ou non s'accompagner d'une infection : sont donc distinguées la mastite inflammatoire (anciennement appelée lymphangite) et la mastite infectieuse (anciennement appelée galactophorite). Le diagnostic peut être compliqué selon le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) : « *les signes cliniques ne permettent pas de différencier une mastite infectieuse ou non […] les examens biologiques seront inutiles et non spécifiques* » (18). L'incidence rapportée est variable selon les études mais est généralement inférieure à 10 % des allaitements. 75 à 95 % des mastites surviennent dans les 12 premières semaines du post partum, mais cette pathologie peut se déclarer à n'importe quel moment de l'allaitement (19). Le tableau clinique associe une zone douloureuse, rouge et chaude localisée dans un cadrant du sein (le plus souvent supéro-externe) à des signes généraux tels qu'une hyperthermie, frissons, symptômes pseudo grippaux.

La stase lactée liée à un défaut d'évacuation du lait est à l'origine de cette pathologie. Les facteurs favorisants sont divers et variés : engorgement, canal bouché, hyperproduction lactée, mauvaise conduite de l'allaitement maternel, compression externe (soutien gorge), traumatisme… (20) La stase lactée entraîne une réponse inflammatoire et si elle perdure elle offre un milieu favorable au développement bactérien : la mastite inflammatoire devient infectieuse puis se collecte en abcès.

D'autres facteurs expliquent une physiopathologie multifactorielle de la mastite. Les crevasses, les lésions du mamelon sont d'autres éléments favorisants une mastite (21). D'autre part, la fréquence des mastites serait accrue chez les femmes dont le lait est moins riche en facteurs protecteurs bactériostatiques et bactéricides (immunoglobines A,C3, lactoferrine, lysozyme) (22). L'altération du microbiote lacté et le stress ont pu également être évoqués.

Lorsqu'une mastite est identifiée, le principal élément de la prise en charge est de vider efficacement et régulièrement les seins, contre-indiquant un arrêt de l'AM. Un traitement antipyrétique est couramment associé (paracétamol +/- ibuprofène). Une antibiothérapie sera initiée notamment en cas de tableau sévère d'emblée ou en l'absence d'amélioration après 12-24 heures malgré la mise en place de premières mesures (21). Les dernières recommandations du CNGOF préconisent encore l'arrêt de l'AM sur le sein infecté : « *Il n'est pas recommandé de donner l'aspirine ou des AINS dans le traitement des mastites. Un prélèvement bactériologique du lait en cas de mastite est nécessaire ainsi que l'administration immédiate d'une antibiothérapie probabiliste antistaphylococcique en attendant les résultats du prélèvement bactériologique ainsi que l'interruption de*

l'allaitement par le sein infecté tout en poursuivant sa vidange par un tire-lait (accord professionnel) » (23).

2.2.3.2 Autres facteurs de risque

D'autres facteurs de risque de développement d'un abcès ont été évoqués : notamment un âge maternel supérieur à 30 ans, la primiparité ou une grossesse prolongée supérieure ou égale à 41 SA (15). Dans l'étude d'Eryilmaz et al., 31 % des patientes ayant un abcès ont des crevasses (24), pathologie dont l'étiologie la plus fréquente est une mauvaise prise du sein. Cliniquement, une douleur vive se manifeste au démarrage ou durant toute la tétée, avec des lésions visibles du mamelon, variables selon le stade : fissures, gerçures, saignements. Le risque principal dans ce cas est la stase lactée, pouvant se compliquer en abcès, la douleur conduisant à éviter d'allaiter du côté atteint. La crevasse peut également favoriser une contamination bactérienne. De la même façon, la douleur intense liée à une candidose mammaire peut provoquer une stase lactée et ses complications secondaires.

2.2.4 Prise en charge d'un abcès du sein lactant

2.2.4.1 Diagnostic

Toute suspicion clinique d'un abcès du sein nécessite la réalisation d'une échographie mammaire bilatérale et des creux axillaires, qui vont confirmer le diagnostic (25). Elle doit être pratiquée par un radiologue compétent en sénologie, ou un gynécologue. Elle permet également d'évaluer les caractéristiques de l'abcès : localisation, diamètre, stade d'évolution voire multiplicité, ce qui va guider la prise en charge (26). Enfin elle permet d'écarter (en partie du moins) les diagnostics différentiels : galactocèle, fibroadénome et carcinome (19). L'abcès apparait comme une masse hétérogène, mixte avec des contours irréguliers et des adénopathies axillaires.

2.2.4.2 Prise en charge chirurgicale

Le traitement conventionnel d'un abcès du sein lactant est une prise en charge chirurgicale par incision et drainage (27), à laquelle peut être associée une antibiothérapie. Elle consiste à procéder à une incision au niveau de l'abcès, effondrer les logettes au doigt, évacuer le pus puis laisser en place un drain ou une mèche. La cavité se referme en trois semaines environ par processus de granulation (25). Le pus est envoyé en bactériologie afin d'identifier le germe responsable et adapter le traitement.

Cette technique n'est pas sans inconvénient : elle est réalisée sous anesthésie générale, entraînant une hospitalisation et une séparation mère/nourrisson accompagnée le plus souvent d'un arrêt de l'allaitement en raison du matériel de drainage mis en place (26). Si la zone de drainage est proche de l'aréole, le lait pourra être tiré et jeté jusqu'à cohésion

des berges. Fait intéressant à noter : le lait qui s'écoule éventuellement par la zone de drainage participe à la cicatrisation grâce au facteurs biologiques qu'il contient (Résolvines, Protectines, Marésines, Lipoxines)(28). A plus long terme, le résultat inesthétique est pointé par les patientes : dans l'étude Eryilmaz et al., 70% des patientes du groupe incision étaient insatisfaites de l'aspect esthétique de leur cicatrice (24).

2.2.4.3 Prise en charge par ponction échoguidée

La réalisation de ponctions itératives à l'aiguille est présentée comme une alternative au drainage chirurgical dans les formes modérées d'un abcès du sein lactant, selon les dernières recommandations françaises du CNGOF (23). Plusieurs études récentes ont évalué l'efficacité d'un protocole alliant des ponctions échoguidées à une antibiothérapie adaptée et la prise d'antalgiques. Ces ponctions sont réalisées sous anesthésie locale, ce qui permet une prise en charge ambulatoire des patientes. Le liquide aspiré est envoyé en culture et la cavité restante parfois lavée au sérum physiologique. Cette technique est moins invasive, moins douloureuse pour la patiente, avec un résultat plus esthétique. La reprise chirurgicale est non nécessaire dans la majorité des cas, avec une moindre occurrence de fistules cutanées (26). L'étude réalisée à Lyon a montré l'efficacité de cette technique, avec un taux de réussite de 91,2 % (3).

Une expérimentation similaire à l'étude du CHU de Lyon a été réalisée à Paris avec des patientes recrutées par le RSPP. Un protocole a été mis en place avec le centre d'imagerie et radiologie Duroc incluant des ponctions/aspirations échoguidées, associées à une antibiothérapie et la prise d'antalgiques quand cela était jugé nécessaire (Annexe I). Les ponctions échoguidées ont été réalisées par deux échographistes sénologues formés selon le protocole de ponction décrit dans l'Annexe II. La poursuite de l'AM était encouragée après la ponction, avec un accompagnement spécifique des patientes. 28 patientes ont été incluses dans cette étude. Seules 7 patientes, soit 25 % du total, ont dues être orientées secondairement pour un drainage chirurgical. Il est intéressant de noter que le délai moyen d'indication de ponction écho guidée de l'abcès par rapport au début de la pathologie mammaire était de 12,2+6 jours pour le groupe n'ayant bénéficié que d'une prise en charge par ponction, contre 24+4 jours pour celui ayant dû être drainé chirurgicalement (p= 0.0031) (29). Dans les deux études françaises, c'est le retard à la prise en charge de l'abcès qui ressort comme le principal facteur d'échec d'une ponction.

Un point est à souligner : plusieurs ponctions peuvent être nécessaires pour la résolution complète de l'abcès, ce qui implique une continuité de la prise en charge. Les patientes sont réévaluées cliniquement et échographiquement tous les deux-trois jours la première semaine puis une fois par semaine jusqu'à qu'elles soient asymptomatiques et qu'il n'y ait

plus de visualisation d'un abcès. Dans les deux récentes études françaises : 55,9 à 64,3% des patientes n'ont eu qu'une seule ponction ; 17,6 à 28,6 % deux et 3,6 à 26,5 %, 3 ou plus (3) (29).

Pour la majorité des équipes, la prise en charge chirurgicale reste encore indiquée en présence d'abcès de très gros volume, lorsqu'une surveillance rapprochée n'est pas possible ou en cas d'échec de ponction. Ainsi Eryilmaz et al. posent la limite d'un diamètre de 5 cm pour une prise en charge par ponction échoguidée (24). L'étude réalisée au sein du RSPP a montré que la taille de l'abcès n'est pas un facteur déterminant dans le succès ou l'échec d'une prise en charge par ponction. 18 des 21 cas (85,7 %) ponctionnés avec succès concernaient des abcès de taille supérieur à 30 mm avec même un extrême à 70mm (29).

2.2.4.4 Antibiothérapie

Le germe le plus retrouvé dans l'abcès lactant est le Staphylocoque aureus. Il était présent chez 82,4 % des patientes de l'étude du CHU de Lyon (3) et 100 % de l'étude du RSPP (29). En première intention, la Pyostacine® (pristinamycine) sera utilisée, compatible avec l'allaitement et ayant une bonne activité sur le Staphylocoque Aureus selon des tests in vitro (30). Le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT) précise : « *Aucun évènement particulier n'a été signalé à ce jour chez des enfants allaités de mères traitées par pristinamycine, et la pristinamycine est un antibiotique utilisé en pédiatrie. […] Si la pristinamycine présente un réel avantage thérapeutique, son utilisation est envisageable chez la femme qui allaite sauf si la durée du traitement est supérieure à 14 jours.* » (31) En cas d'allergie, la cloxacilline est indiquée. Le traitement sera bien entendu adapté si nécessaire avec les résultats de l'antibiogramme. D'autres germes ont été retrouvés dans les cas d'abcès lactants, notamment Staphylocoque epidermis, Streptocoque pyogene, Escherichia coli, ou les bactéroïdes (19)(32).

2.2.5 Abcès et poursuite de l'allaitement maternel

Un abcès n'est pas une indication au sevrage, même sur le sein affecté car il est rarement connecté avec un canal lactifère et le nouveau-né ne peut ainsi pas ingérer de pus (33). Il n'y a pas plus de risque infectieux pour l'enfant si l'antibiothérapie est adaptée (34). Un arrêt brutal de l'AM majore la stase lactée et peut augmenter la taille de l'abcès voire favoriser sa non-résorption malgré un traitement adéquat (35). Après traitement, la poursuite de l'allaitement permet de diminuer l'inflammation et promeut la bonne vidange du sein, améliorant la guérison de l'abcès (36).

Le drainage du (des) sein(s) affecté(s) sera donc au centre du traitement d'un abcès : il faudra augmenter les mises au sein, revoir la position et/ou l'efficacité de la tétée si nécessaire. Pour cela un accompagnement de professionnels formés à l'allaitement est indispensable, avec un suivi rapproché post opératoire. Si la douleur rend la tétée impossible ou dans le cas d'un abcès peri-aérolaire : l'expression manuelle ou l'utilisation d'un tire-lait (35) seront indiqués afin d'assurer une vidange correcte jusqu'à la résolution de l'inflammation.

Dans la littérature, il y a peu d'études qui décrivent le suivi et le devenir de l'AM après la prise en charge d'un abcès. En cas de chirurgie l'arrêt de l'allaitement est le plus souvent indiqué, du fait de la séparation mère/enfant lors de l'hospitalisation. Au contraire, la prise en charge non chirurgicale autorise la poursuite de l'AM sur les deux seins, avec un meilleur pronostic par rapport à la chirurgie. Une revue de la littérature de Cochrane semble favoriser la prise en charge par ponction échoguidée pour la poursuite de l'allaitement, sans pouvoir conclure davantage étant donné l'hétérogénéité des deux études concernées (37). Dans l'étude de Dixon 33 % des patientes ont poursuivi leur allaitement durant le traitement par ponction échoguidée (38), contre 42 % durant et après le traitement dans celle de Karstrup et al. (39). Tewari et Shukla indiquent que l'allaitement a été poursuivi normalement sur les deux seins dans 63,3 % des cas (40).

L'étude réalisée au CHU de Lyon montrait une continuation au décours du geste dans 87,8% des cas, dont 48,5 % sur le sein abcédé (3). Dans l'étude du RSPP, toutes les patientes ont poursuivi l'allaitement maternel au décours immédiat du geste de ponction. Il est intéressant à noter que dans le groupe de patientes ayant nécessité une reprise chirurgicale, aucune n'a poursuivi son allaitement après la chirurgie. L'arrêt de l'AM avait été conseillé par les professionnels de santé et n'était pas le choix des mères (29). Dans un état des lieux de la prise en charge d'un abcès du sein lactant à Paris, il ressort que 53 % des professionnels recommandent une interruption de l'AM en cas de diagnostic d'abcès du sein (41).

En conclusion, nous avons vu que la poursuite de l'AM est recommandée dans la prise en charge d'un abcès lactant, et qu'elle semble favorisée par le choix de la ponction échoguidée. Au décours immédiat du geste, la poursuite de l'AM semble actée. Mais quel est le devenir à court, moyen ou long terme ? Les étiologies pouvant expliquer un abcès du sein sont nombreuses, et leur prise en charge adéquate est la meilleure prévention de cette pathologie. Quels ont été les facteurs à l'origine de la survenue de (des) l'abcès du sein dans le cadre de l'étude parisienne ? Y a-t-il eu des dysfonctionnements de prise en charge à l'origine de la complication ?

3 Méthodologie

3.1 Objectifs et hypothèses

Cette étude avait pour objectif principal de décrire le devenir de l'AM lors d'une prise en charge d'un abcès lactant par ponction échoguidée, en s'appuyant sur les patientes prises en charge par le RSPP.

Un objectif secondaire était d'identifier les raisons de survenue de cette pathologie pour ces patientes.

Un objectif opérationnel était de réaliser une fiche de soutien à l'allaitement maternel destinée aux patientes du RSPP après la prise en charge par ponction échoguidée.

Les hypothèses étaient les suivantes :

Hypothèse 1 : La prise en charge d'un abcès du sein lactant par ponction échoguidée n'est pas un frein à la poursuite de l'AM.

Hypothèse 2 : Des dysfonctionnements de prise en charge des patientes favorisent le développement d'un abcès lactant.

3.2 Matériel et méthode

3.2.1 Type d'étude et déroulement

Une étude rétrospective, monocentrique, quantitative et descriptive a été menée pour réaliser cette enquête. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire Google Form® dont le lien avait été envoyé par mail à la population cible.

Plusieurs relances mail ont été effectuées du 31 octobre 2018 au 31 janvier 2019, toutes les deux semaines suivies de relances téléphoniques afin d'inclure le maximum de patientes dans l'étude. Les données ont été anonymisées avant analyse statistique.

3.2.2 Population cible

La population cible comprend l'ensemble des patientes adressées pour ponction au centre d'imagerie et radiologie Duroc et ayant participé à l'étude initiale du RSPP (29). Soit 28 patientes adressées au centre Duroc entre avril 2016 et avril 2017, et recontactées par nos soins entre novembre 2018 et janvier 2019.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : femmes majeures, ayant une bonne compréhension de la langue française, bénéficiant du régime général de la sécurité sociale (ou assimilé), ayant donné leur consentement pour participer à l'étude, avec un diagnostic échographique d'abcès du sein.

Les critères de non inclusion étaient : le refus de participer à l'étude, naissance multiple.

3.2.3 Outils de l'étude

3.2.3.1 Le questionnaire

Le questionnaire (Annexe III) comprenait plusieurs parties/sections :

-Caractéristiques maternelles,

-Description de l'allaitement avant la découverte de l'abcès,

-Découverte et prise en charge initiale de l'abcès,

-Poursuite de l'allaitement après la ponction,

-Recours ou non à la chirurgie,

-Ressenti sur la prise en charge de l'abcès et le projet d'allaitement.

Le questionnaire comprenait au total 41 questions dont 16 questions fermées, 7 semi-fermées et 18 questions ouvertes. Les fonctionnalités de Google Form® ont permis la création de plusieurs sections indépendantes les unes des autres, avec un passage de l'une à l'autre en fonction des réponses de la patiente à des questions « filtre ».

La réponse à ce questionnaire était anonyme.

Le questionnaire a été corrigé et validé par le Dr Rigourd, puis testé par plusieurs étudiants sage-femme avant le lancement de l'étude.

3.2.3.2 Variables étudiées

Pour toutes les patientes, les données suivantes ont été collectées : âge, parité, antécédents d'AM.

Nous avons retenu pour la description de l'allaitement « pré abcès » les critères suivants : terme d'accouchement, type d'AM, difficultés précédant la découverte de l'abcès et leur prise en charge.

Concernant la découverte de l'abcès, nous avons retenu les critères suivants : type de lésions, âge de l'enfant, prise en charge initiale, poursuite ou non de l'AM, raisons et durée si interruption ou arrêt définitif, utilisation d'un tire-lait, délai entre la découverte de l'abcès et la première ponction par le centre Duroc.

En cas de poursuite de l'allaitement après la ponction, nous avons retenu les critères suivants : accompagnement de l'allaitement, nouvelles difficultés rencontrées, durée de l'allaitement au total, raisons du sevrage ultérieur.

Lorsqu'une chirurgie a été nécessaire, les critères suivants ont été étudiés : nombre de jours d'hospitalisation, séparation avec l'enfant, poursuite de l'allaitement, utilisation d'un tire-lait, raisons de l'arrêt de l'allaitement, durée d'allaitement au total, raisons du sevrage ultérieur.

Enfin, sur le projet et le ressenti concernant le projet d'AM et la prise en charge, les variables recueillies étaient : la modification du projet d'allaitement par la survenue de l'abcès, la modification du projet d'allaitement par la prise en charge de l'abcès, la satisfaction concernant la prise en charge de cette pathologie.

3.3 Considérations éthiques et réglementaires

La réalisation d'une recherche médicale est encadrée par la loi Informatique et Libertés, le Règlement Général sur la Protection des Données, et le code de la santé publique.

Cette étude étant une Recherche Impliquant la Personne Humaine (RIPH), un avis favorable d'un Comité de Protection des Personnes (CPP) était requis avant le début de la recherche. Un accord du CPP « Ile-de-France II » a ainsi été obtenu. Par ailleurs, elle ne remplissait pas les critères d'une recherche « interne », car elle impliquait que les données soient rendues accessibles à un étudiant en dehors de l'équipe de soins (42).

Enfin il s'agissait d'une recherche non interventionnelle ou encore observationnelle. Elle ne comporte *« aucune intervention sur la prise en charge du patient et ne présente aucun risque, ni contrainte. Tous les actes réalisés ou les produits utilisés le sont de manière habituelle. […] Ces recherches nécessitent une simple non opposition de la part du participant »* (43). Dans ce cas, la méthodologie de référence était la MR-003 (44). Cependant le traitement des données à caractère personnel de cette recherche n'entrait pas dans le champ d'application de la MR-003 : ainsi l'APHP en tant que promoteur de cette recherche, a fait une demande d'autorisation « recherche » auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

3.4 Analyse des données

Toutes les données ont été enregistrées puis analysées par le logiciel Excel. Les résultats ont été donnés en taux et pourcentage pour les variables quantitatives. Pour les questions ouvertes, nous avons réalisé une analyse du contenu et avons reporté les « verbatims » marquants selon les thématiques abordées.

Nous allons maintenant exposer les résultats obtenus à l'aide du questionnaire au cours de l'étude.

4 Résultats

4.1 Taux de participation

Sur les 28 patientes contactées, 8 patientes n'ont pas répondu au questionnaire, malgré plusieurs relances mail et/ou téléphonique. Le taux total de participation est de 71 % (n=20).

Nous allons tout d'abord présenter les données générales sur la population, puis nous aborderons les principaux résultats de l'enquête.

4.2 Description population d'étude

4.2.1 Tranches d'âge

L'âge moyen de la population d'étude était de 33,7 ans, avec un écart type de 4,5. La patiente la plus jeune avait 25 ans, la plus âgée 40 ans. 85 % (n=17) des patientes avaient 30 ans et plus. L'âge des patientes se répartissait de la façon suivante :

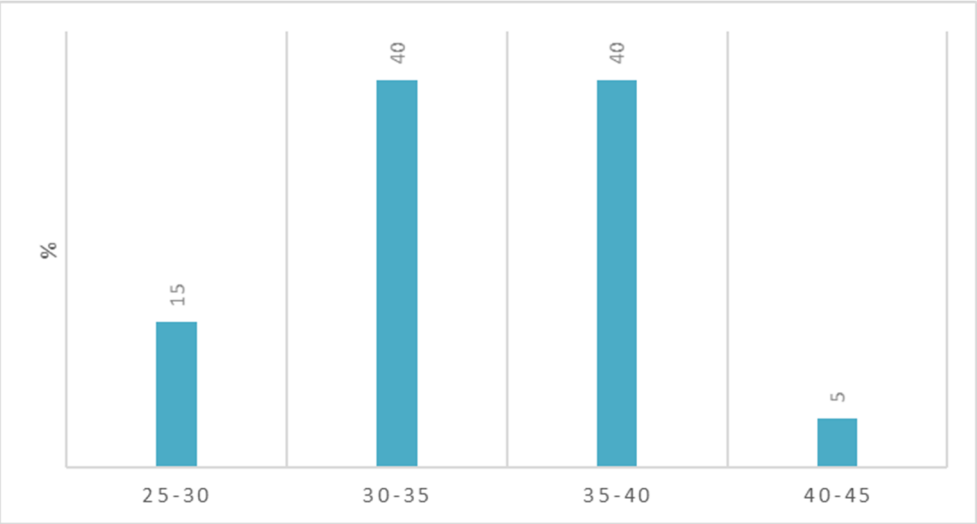


Figure 1: Répartition des patientes par tranche d'âge (%)

4.2.2 Parité

70 % (n=14) des patientes étaient des primipares au moment du questionnaire. Les 30 % (n=6) restants étaient toutes des « deuxième-pare ».

4.2.3 Antécédents d'allaitement maternel

Le tableau suivant présente les antécédents d'AM des patientes :

Tableau 1: Rang d'allaitement maternel

	Population n=20	
	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Premier allaitement	17	85
Second allaitement	3	15

La moitié des multipares avaient déjà allaité une première fois (n=3).

A la question ouverte posée sur d'éventuelles difficultés rencontrées lors de ce premier allaitement, une des patientes a répondu « *Aucune difficulté* », une autre « *J'ai eu un engorgement et le suivi n'a pas été optimal* », la dernière n'a pas répondu.

4.2.4 Terme d'accouchement

Aucune patiente n'avait accouché prématurément. Le terme moyen d'accouchement était de 39,6 semaines d'aménorrhée (SA) +/- 1,35 (37-42 SA).

Le terme d'accouchement se répartissait de la façon suivante :

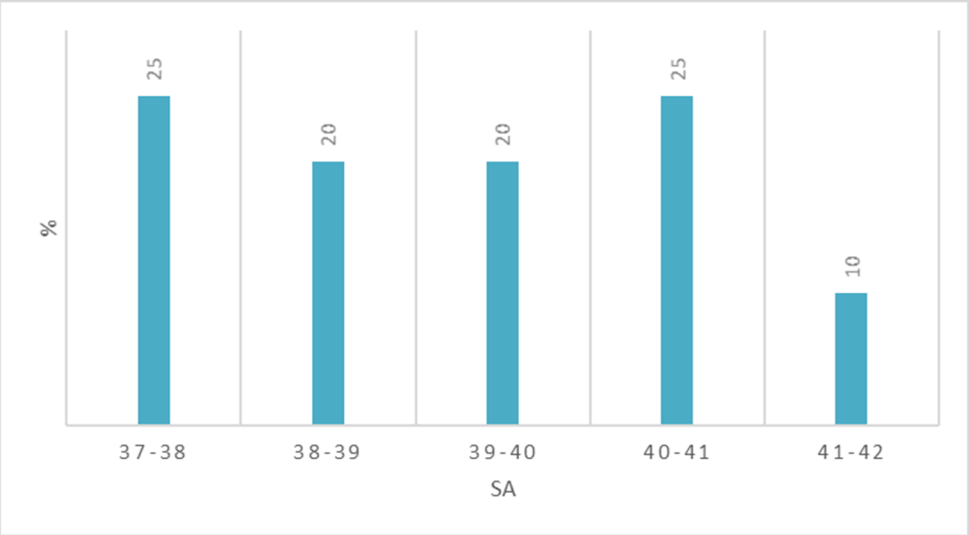


Figure 2: Répartition de la population par terme d'accouchement (% et semaines d'aménorrhée)

4.3 Description de l'allaitement

4.3.1 Type d'allaitement

Nous avons retenu comme définition de l'« allaitement exclusif » celle de l'OMS : *«L'allaitement exclusif suppose que le nourrisson n'absorbe que du lait maternel. Il ne reçoit aucun autre aliment liquide ou solide, pas même de l'eau, à l'exception des solutions de réhydratation orale, ou des gouttes/sirops de vitamines, minéraux ou médicaments. »* (45)

Pour 55 % des patientes (n=11), l'allaitement était exclusif. Pour les 45 % restant (n=9), la figure suivante présente l'âge de l'enfant au moment de l'introduction du lait artificiel :

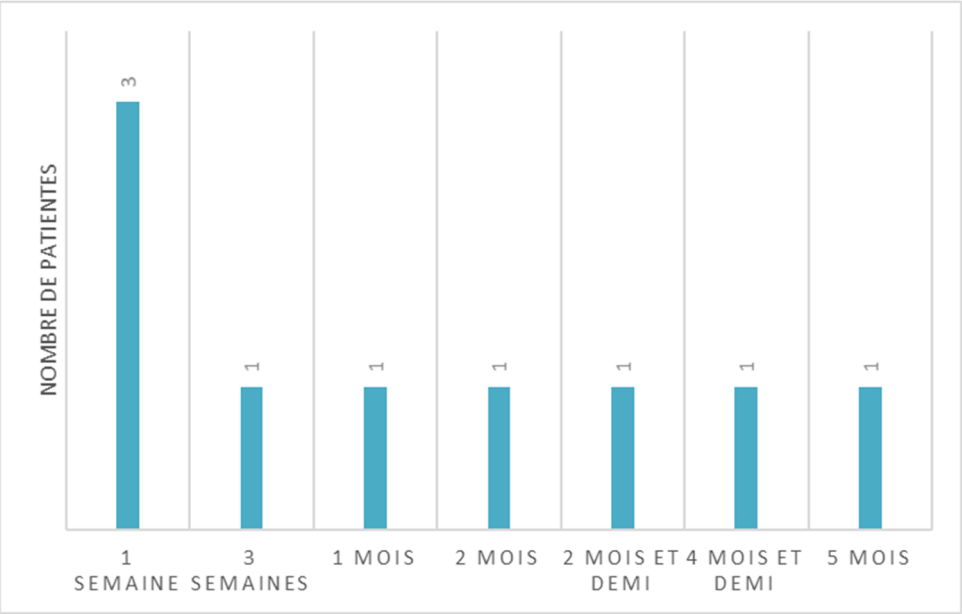


Figure 3: Age de l'enfant à l'introduction des biberons

Voici les raisons d'introduction du lait artificiel indiquées par 7 patientes :

Tableau 2: Raison d'introduction du lait artificiel

Age enfant	Raisons
1 semaine	*"Mon bébé ne tétait pas suffisamment ou correctement et perdait du poids"* *"L'allaitement était douloureux et mon enfant ne se nourrissait pas bien"*
1 mois	*"Mastite et pas assez de lait"* *"Prise de poids insuffisante"*
>3 mois	*"Arrêt en raison des abcès"* *"Reprise du travail"* *"Diminution de lactation liée à la reprise du travail"*

Deux patientes n'ont pas répondu à la question.

4.3.2 Difficultés rencontrées avant la découverte de l'abcès

Seule une patiente (soit 5 % de l'effectif) n'a rencontré aucune difficulté avant la découverte de l'abcès. Le type de difficulté et sa fréquence sont représentés dans la figure ci-dessus :

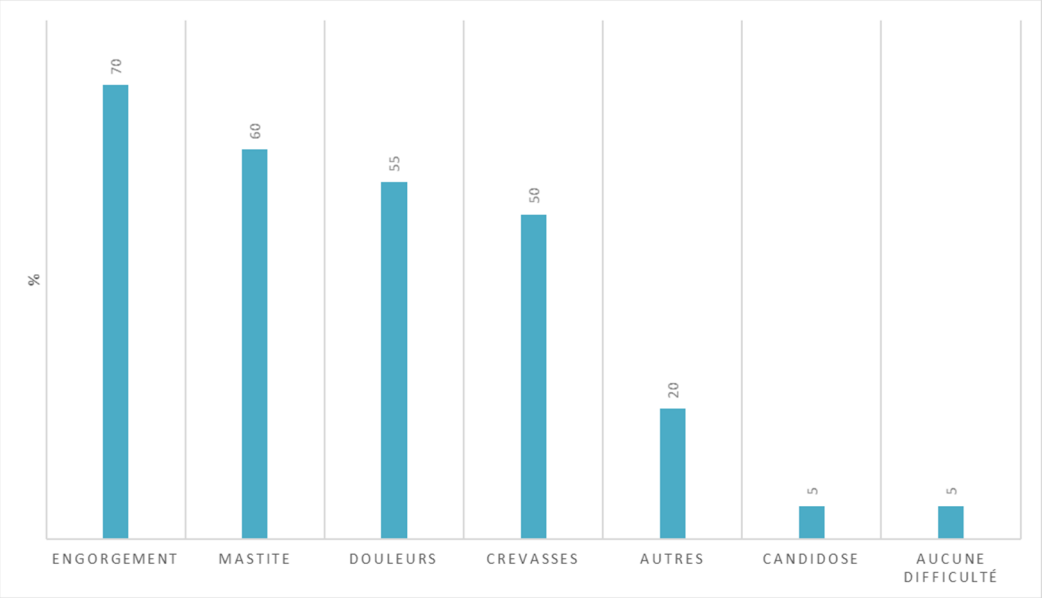


Figure 4: Difficultés rencontrées avant la découverte de l'abcès (%)

Cette question laissait la possibilité d'un choix multiple. Les combinaisons sont reportées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 3: Fréquence et combinaison des difficultés rencontrées

	Population n=20	
	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Douleurs, Crevasses, Engorgement, Mastite	5	25
Douleurs, Crevasses, Engorgement	2	10
Engorgement, Mastite	2	10
Douleurs, Crevasses, Mastite	1	5
Crevasses, Engorgement, Mastite	1	5
Engorgement, Mastite, "Mise en place difficile suite déclenchement"	1	5
Douleurs, Engorgement	1	5
Crevasses, Engorgement	1	5
Mastite, Candidose	1	5
Engorgement, "Difficulté à faire téter directement au sein sans embout"	1	5
Douleurs, "Lymphangites (2)"	1	5
Douleurs, "Infection post partum avec prise d'antibiotiques ayant arrêté l'allaitement"	1	5
Mastite	1	5
Aucune difficulté	1	5

Concernant la prise en charge de ces difficultés, nous avons sélectionné les verbatims les plus marquants, présentés dans le tableau ci-dessous. La totalité des réponses est en annexe (Annexe IV).

Tableau 4: Verbatims sur la prise en charge des difficultés avant la découverte de l'abcès

Prise en charge des difficultés pré-abcès
"*Je suis allée à la PMI, voir des sages-femmes et aux urgences de la maternité mais le resultat a été de pire en pire.*"
"*Très bonne prise en charge par les sages-femmes de l'hôpital avec la solution du bout de sein qui a parfaitement fonctionné.*"
"Je n'ai pas été accompagnée, j'ai suivi les conseils de la maternité, à savoir : masser le sein douloureux en cercles et en appuyant pour désengorger... ce qui est assez douloureux et plutôt inefficace…"
"Mauvaise prise en charge de deux sages-femmes libérales à un mois. Idem du côté de la PMI, du généraliste consulté. Il a fallu la découverte de l'abcès pour que je rencontre enfin une professionnelle (sage-femme) qui connaissait réellement ce domaine."
"J'ai consulté un gynécologue, les urgences gynécologiques, la PMI... Les choses ont empiré jusqu'à l'échographie à Duroc qui a permis de voir l'abcès."
"J'ai été principalement aidée par la conseillère en lactation de la maternité où j'avais accouché. Mon médecin généraliste n'a pas pris au sérieux le risque de mastite au début et m'a seulement conseillé de bien masser mon sein pour le désengorger."
"J'ai consulté, on me disait que c'était un engorgement, et qu'il fallait drainer mais rien ne changeait, c'était très douloureux, j'ai du consulter deux fois, et toujours même diagnostic. Du coup, je passais mes journées sous la douche avec de l'eau et masser pour essayer de drainer, et aussi la technique du verre d'eau chaude "
"*Prise en charge quasi inexistante à la maternité*"
"*Ma sage-femme a tout fait pour sauver mon allaitement.*"
"Pas d'accompagnement spécifique au début lorsque j'ai consulté aux urgences où aucune prise en charge n'a été proposée."
"SOS médecin m'a mal conseillé, ma sage-femme aussi"
"La candidose a démarré aux 1 mois et demi de mon enfant. Le diagnostic a été très long, j'ai vu plusieurs professionnels successifs avant qu'une sage femme évoque le bon diagnostic. D'ailleurs je voudrais préciser que je trouve déplorable que les professionnels de santé ne soient pas mieux formé sur les problèmes d'allaitement. Ma gynécologue ne semblait vraiment pas être concernée par ce problème. "

4.4 Découverte et prise en charge de l'abcès avant ponction

4.4.1 Type de lésion

90 % des patientes (n=18) ont été prises en charge pour un abcès, 10 % (n=2) pour deux abcès. Parmi ces dernières, une patiente présentait deux abcès sur un sein ; l'autre un abcès sur chaque sein.

4.4.2 Age enfant lors de la découverte de l'abcès

Pour 40 % (n=8) des patientes, l'abcès a été découvert entre le premier et le deuxième mois de vie de leur enfant, comme le montre la figure ci-dessous :

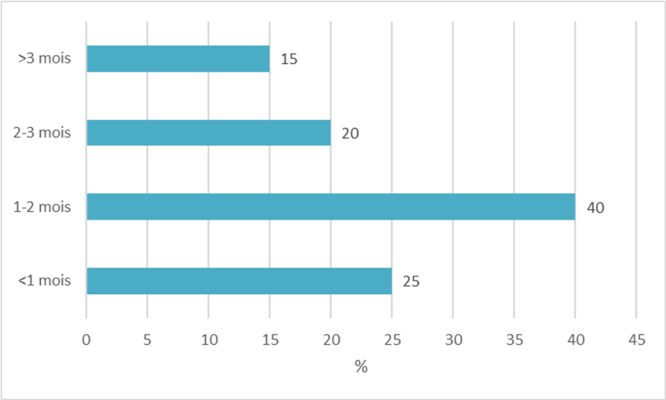


Figure 5: Age enfant lors de la découverte de l'abcès

4.4.3 Prise en charge initiale

Les patientes n'ont pas été orientées directement vers le centre Duroc. La figure ci-dessous présente les professionnels de santé (ou la structure) consultés initialement pour la prise en charge de l'abcès :

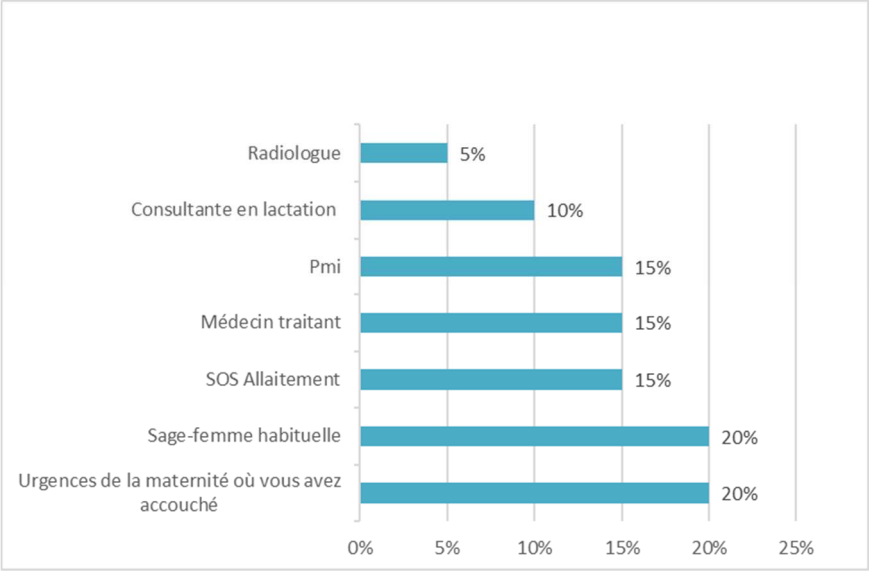


Figure 6: Structure ou professionnel consultés initialement pour l'abcès

Le traitement initial des abcès est décrit dans le tableau suivant (question à choix multiple):

Tableau 5: Traitement initial mis en place lors de la découverte de l'abcès

	Population n=20	
	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Anti-douleurs	9	45
Antibiotiques	13	65
Anti-douleurs et Antibiotiques	7	35
Aucun traitement	2	10

4.4.4 Interruption de l'allaitement

60 % des patientes (n=12) ont interrompu leur allaitement lors de la découverte de l'abcès, comme présenté sur la figure ci-dessous :

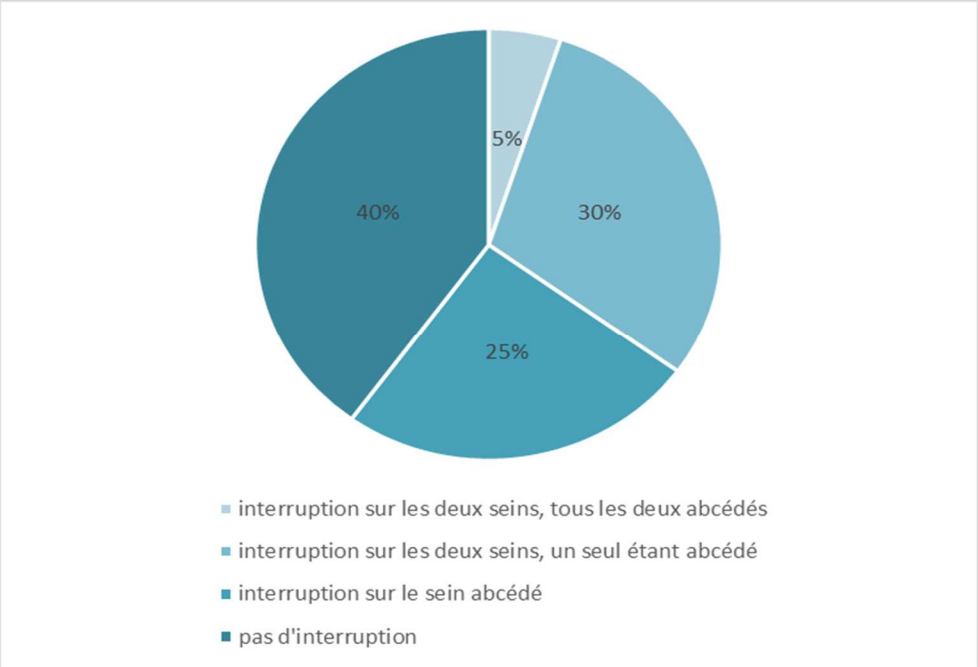


Figure 7: Interruption de l'allaitement lors de la découverte de l'abcès

30 % (n=6) des patientes ont stoppé définitivement leur allaitement lors de la découverte de l'abcès. Parmi elles, 66,7 % (n=4) avaient arrêté dans le premier mois de vie de l'enfant, 33,33 % (n=2) au deuxième mois. Une des patientes (soit 5 %) a arrêté définitivement sur un sein mais a poursuivi son allaitement sur l'autre sein.

25 % des patientes (n=5) ont rapporté une interruption temporaire. Concernant la durée de l'interruption : trois patientes n'ont pas précisé ce point. Les deux patientes ayant répondu ont évoqué une interruption de *« quelques jours »* et de *« trois semaines ».*

Les raisons de l'interruption pour les 12 patientes sont présentées ci-dessous :

Tableau 6: Raisons de l'interruption de l'allaitement maternel

	Population n=12	
	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Indication du personnel de santé	3	25
Choix personnel	4	33,33
Autres, dont:	5	41,7
"douleurs"	3	25
"prise d'antibiotiques"	2	16,7
"peur, traumatisme"	1	8,3
"absence de lactation"	1	8,3

58 % des patientes ont utilisé un tire-lait durant l'interruption de leur AM.

4.4.5 Délai prise en charge avant la ponction (âge enfant lors de la ponction)

Nous avons souhaité savoir si un délai existait entre la découverte de l'abcès et sa prise en charge au centre Duroc. Pour 75 % des patientes (n=13), la prise en charge a été immédiate après la découverte de l'abcès. 20 % des patientes (n=5) ont eu un délai d'une semaine, 5% (n=1) de trois semaines, et 10 % (n=2) d'un mois.

4.5 Poursuite allaitement après ponction

4.5.1 Poursuite allaitement

70 % (n=14) des patientes ont poursuivi l'AM après la ponction, dont 5 % (n=1) seulement sur un sein.

4.5.2 Accompagnement

Toutes les patientes ayant poursuivi leur allaitement après la ponction ont bénéficié d'un accompagnement, comme présenté dans la figure ci-dessous :

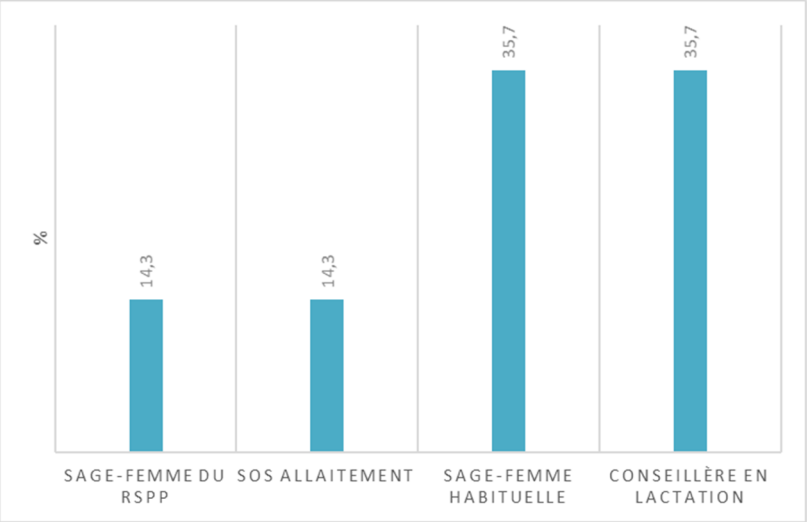


Figure 8: Accompagnement de l'allaitement après la ponction

4.5.3 Après la résolution de l'abcès

Une majorité des patientes (64 %, n= 9) n'a pas connu de nouvelles complications après la résolution de l'abcès. Le tableau ci-dessous décrit les nouvelles complications rencontrées pour 36 % (n=5) des patientes :

Tableau 7: Difficultés après l'abcès

Difficultés rencontrées après la guérison de l'abcès
"Frein et allergie aux protéines de lait découverts chez mon nouveau-né à ses 3 mois. Freinotomie et mise en place d'un régime APLV, ce qui a amélioré les choses"
"L'abces a percé. Prise en charge aux urgences de la maternité avec injection betadine"
"Chirurgie. J'ai choisi l'arrêt de l'allaitement sur conseil de mon gynecologue"
"Diminution de lait et nouvel abcès"
"Explosion de l'abcès et récidive"

Seule une patiente a arrêté son AM consécutivement à ces difficultés en raison de la nécessité d'une reprise chirurgicale.

4.5.4 Durée allaitement et raisons du sevrage

Sur les 14 patientes qui ont poursuivi leur allaitement après la ponction, une (8,3 %) allaitait encore lorsque nous lui avons soumis le questionnaire, son enfant étant âgé de 21 mois.

Voici une figure présentant la poursuite de l'allaitement et le pourcentage d'abcès survenus de nos patientes en fonction de l'âge de l'enfant :

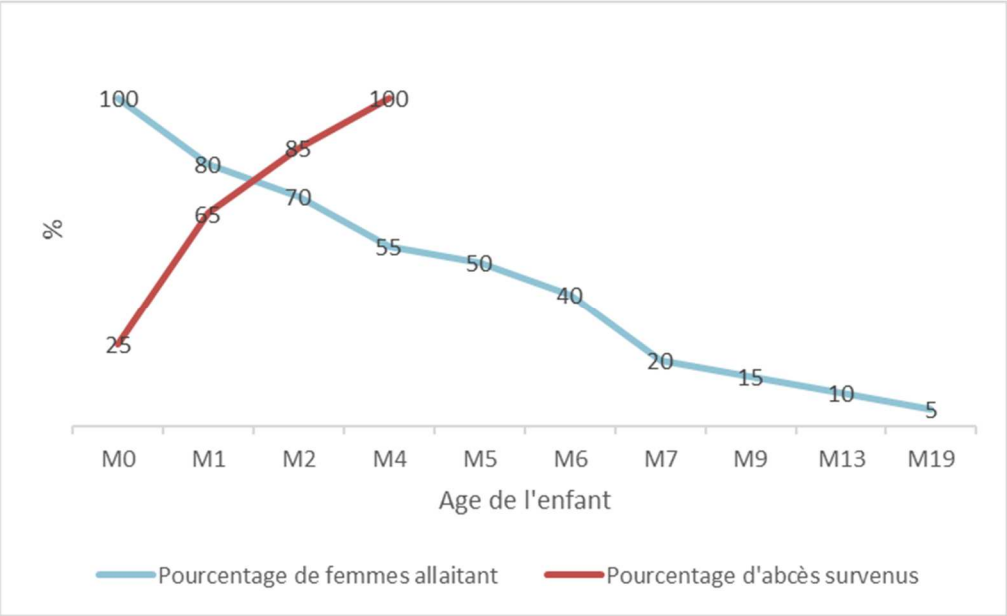


Figure 9: Poursuite allaitement et survenue abcès

Les 30 % (n=6) des patientes ayant arrêté dans les deux premiers mois l'ont fait avant la prise en charge par ponction au centre Duroc. Pour les autres, l'arrêt est survenu après la ou les ponctions. Nous avons voulu connaître leurs raisons de sevrage, présentées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 8: Raisons de sevrage après la ponction

Age enfant à l'arrêt	Raisons sevrage
1 mois	*"Indication chirurgien après l'opération (NB : reprise chirurgicale)"*
3 mois	*"Indication de l'équipe soignante après l'opération (NB: reprise chirurgicale), par peur d'un nouvel abcès"*
4,5 mois	*"Lié à la baisse de lactation et l'organisation difficile avec la reprise du travail"*
6 mois	*"Envie d'arrêter pour elle et pour moi"*
	"Baisse de lactation"
	"Reprise travail"
	"Reprise travail"
8 mois	*"Nombreux déplacements professionnels. pression de mon entourage... arrêt à contrecoeur, mais pas dû à l'abcès"*
12 mois	*"Nouvelle grossesse"*
18 mois	*"Fatigue générale et envie de sevrer"*

4.6 Reprise chirurgicale

Pour 20 % des 20 patientes (n=4), une reprise chirurgicale a été nécessaire. Elle impliquait une hospitalisation de courte durée, comme indiqué sur la figure ci-dessous :

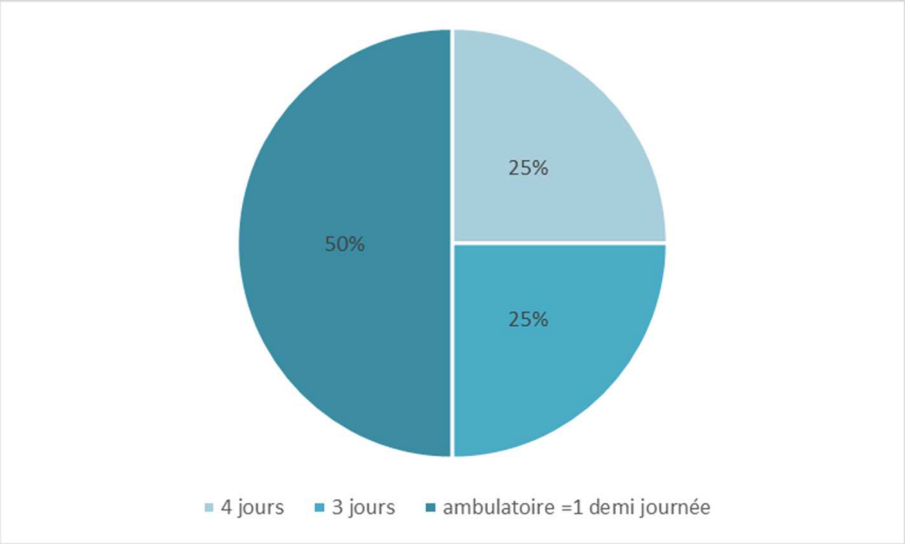


Figure 10: Durée d'hospitalisation

Le nouveau-né n'a pas été hospitalisé avec sa mère dans 100 % des cas (n=4). Un arrêt définitif de l'AM a été observé après l'opération dans 100 % des cas (n=4).

Concernant les raisons de l'arrêt de l'AM, 75 % des patientes (n=3) ont répondu comme présenté dans le tableau ci-dessous (question à choix multiple) :

Tableau 9: Raisons du sevrage post chirurgie

	Population n=4	
	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Indication équipe soignante	1	25
Indication équipe soignante et choix personnel	1	25
Autres: "prise d'antibiotiques pendant un mois"	1	25

Sur l'utilisation d'un tire-lait durant cette reprise chirurgicale : deux patientes ont répondu négativement ; une positivement ; une s'est abstenue.

4.7 Ressenti patientes

Nous avons demandé aux 20 patientes si leurs projets d'allaitement ont été modifiés par la survenue de l'abcès et/ou la prise en charge. Les résultats sont présentés sur la figure ci-dessous :

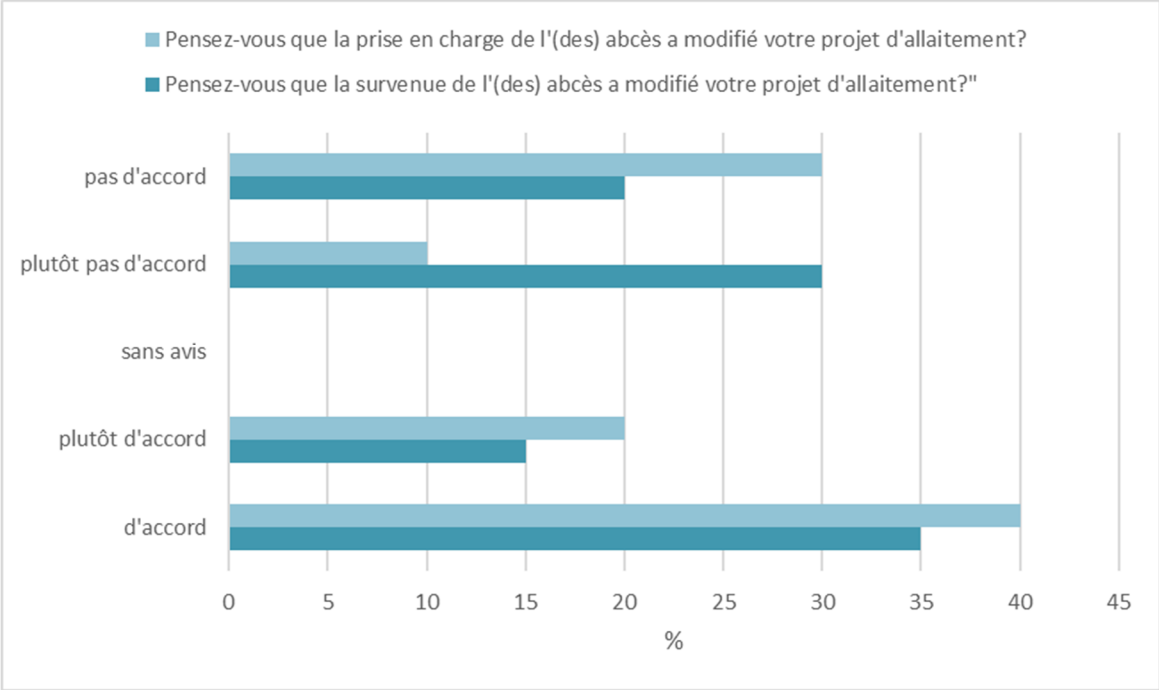


Figure 11 : Impact sur le projet d'allaitement maternel

Les patientes avaient la possibilité de préciser leur réponse. Nous avons décidé finalement de ne pas traiter cette question, mais les réponses des patientes sont en annexe (Annexe V).

95 % des patientes (n=19) se sont déclarées satisfaites de leur prise en charge.

5 Analyse et discussion

Nous allons tout d'abord discuter les biais, limites et points forts de l'étude avant de confronter les résultats obtenus aux hypothèses posées et à la littérature.

5.1 Biais, limites et points forts

5.1.1 Taille de la population

La principale limite de notre étude est le faible effectif de la population cible, avec seulement 28 patientes incluses. Mais l'abcès du sein lactant étant une pathologie rare, dont la prise en charge est répartie sur l'ensemble de l'Ile de France, ce nombre de patients correspond à l'incidence de ce type de traitement au centre Duroc sur une période d'un an.

Malgré les nombreuses relances effectuées (mail et appel téléphonique), toutes les patientes n'ont pas répondu. Le temps imparti pour la réalisation de ce mémoire ne permettait pas d'allonger d'avantage la durée de la phase d'investigation et constituait donc une limite supplémentaire à cette étude.

5.1.2 Biais de sélection

Nous avons identifié un biais de sélection : notre étude est monocentrique, avec un faible effectif recruté. Notre population n'est donc pas représentative de l'ensemble des femmes diagnostiquées d'un ou plusieurs abcès du sein lactant.

5.1.3 Biais de mémorisation

Notre étude est rétrospective et il s'est écoulé un délai plus ou moins grand entre la prise en charge des patientes pour ponction et leur réponse à notre questionnaire, de plus de deux ans et demi pour certaines. Ce délai était nécessaire afin d'avoir un recul sur l'allaitement maternel, et notamment sa durée. Mais le fait d'interroger sur des faits passés a entraîné des imprécisions, des difficultés dans le discours notamment pour resituer les situations ou décrire les faits, en particulier pour les questions concernant la période précédant la prise en charge par ponction.

Ainsi, dans l'étude initiale réalisée au centre Duroc, toutes les patientes interrogées annonçaient un allaitement en cours lors de la prise en charge de l'abcès (29). Or dans notre étude 30 % des patientes ont déclaré avoir arrêté définitivement leur AM avant la prise en charge par ponction. Nous avons recontacté les patientes concernées pour leur demander de repréciser ce point et elles sont restées catégoriques. Nos questions étaient orientées en fonction de ce constat et le questionnaire aurait pu en être modifié.

5.1.4 Biais liés au questionnaire

Nous avons choisi la méthode du questionnaire, conçu avec Google Form®, notre population étant trop importante pour permettre la réalisation d'entretiens dans le temps imparti pour ce mémoire. Malgré le soin consacré à la mise en forme/l'écriture du questionnaire, certains biais « classiques » de cette méthode d'étude n'ont pas pu être évités (46).

Notamment nous pouvons pointer un excès de questions ouvertes (18 sur 41) ou semi-fermées (7 sur 41), rendant difficile l'exploitation des résultats et pouvant lasser les sondées. Mais dans un même temps, ces questions ouvertes étaient nécessaires à une étude fine de l'allaitement, de la prise en charge des patientes…

Certaines informations supplémentaires concernant la population d'étude auraient pu parfaire le recueil de données. Ainsi, il aurait été intéressant d'avoir la maternité de naissance de l'enfant ainsi que le type d'accouchement (voie basse, césarienne, complications…), qui peuvent avoir un impact sur le projet d'AM.

La formulation des questions est un élément crucial d'un questionnaire. Nous avons constaté pour la question 8 sur les difficultés rencontrées par les patientes avant la découverte de l'abcès, une certaine ambiguïté dans la réponse d'une patiente, liée à l'absence de définition de nos propositions. Ainsi, elle a classé « lymphangite » dans la réponse « autres », alors que le case « mastite » aurait dû être cochée. Une définition des différentes réponses proposées aurait été utile afin d'éviter ce type d'erreur.

Enfin, nous avons décidé secondairement de ne pas exploiter les réponses d'une question, créant de ce fait un biais de lecture. La question 40 a été classée « hors-sujet » car induisant des réponses non exploitables pour notre étude. En effet, les réponses contenaient des jugements de valeur notamment sur les professionnels consultés durant les parcours de soins.

5.1.5 Points forts

Le principal point fort de cette étude est de présenter le devenir à long terme de l'allaitement maternel après une prise en charge par ponction d'abcès du sein lactant, fait sans précédent dans la littérature. Ce travail est également porteur d'espoir et promeut l'AM : il montre en effet qu'une fois cette pathologie douloureuse et handicapante surmontée, un allaitement harmonieux peut succéder et perdurer, si tel est le souhait des patientes.

5.2 Validation des hypothèses

Pour rappel, nos hypothèses étaient les suivantes :

Hypothèse 1 : La prise en charge d'un abcès du sein lactant par ponction échoguidée n'est pas un frein à la poursuite de l'AM.

Hypothèse 2 : Des dysfonctionnements de prise en charge des patientes favorisent le développement d'un abcès lactant.

Nous avons choisi d'analyser nos hypothèses dans l'ordre chronologique, en démarrant donc par les facteurs de risque de développement d'un abcès.

5.2.1 Facteurs de risque de développement d'un abcès

Pour répondre à notre seconde hypothèse, nous avons cherché à identifier les facteurs à l'origine de la survenue de la pathologie dans notre population d'étude et les éventuels défauts de prise en charge.

Il est tout d'abord intéressant de noter que la population d'étude présente plusieurs facteurs de risque cités dans l'étude de Kvist et autres (15) : un âge maternel supérieur à 30 ans pour 85 % (n=17) d'entre elles, la primiparité pour 70 % (n=14) d'entre elles. Pour 85 % des patientes, il s'agissait d'un premier allaitement. En revanche, sur le terme d'accouchement, seul 10 % des patientes (n=2) ont connu une grossesse prolongée supérieure ou égale à 41 SA.

De la recherche bibliographique il ressort que le principal facteur de risque de survenue d'un abcès est la mastite, compliquée par un défaut ou un retard de prise en charge (19). Nous retrouvons ce fait dans notre population, d'où il ressort un antécédent de mastite pour 60 % des patientes. Rappelons que la stase lactée liée à un défaut d'évacuation du lait, les crevasses, les lésions du mamelon sont les principaux facteurs à l'origine de la mastite et donc d'un abcès du sein lactant en cas de complication (20–22). Sans surprise, nous retrouvons également ces antécédents dans notre population d'étude : engorgement pour 70 % des patientes, douleurs pour 55 %, crevasses pour 50 %, candidose pour 5 %. Seule une patiente n'a connu aucune difficulté précédant la découverte de l'abcès. La causalité multifactorielle conduisant à la mise en place d'un abcès, évoquée dans la bibliographie, est également retrouvée puisque les patientes présentent toutes, à l'exception d'une, une combinaison de difficultés. Notamment 25 % des patientes ont présenté la combinaison : Douleurs-crevasses-engorgement-mastite.

Cinq patientes ont mis en place un allaitement mixte avant la découverte de l'abcès, en réponse à une ou des difficultés : perte de poids pathologique et/ou mauvaise croissance

pondérale du nourrisson, AM douloureux, mastite, baisse de lactation, ... Si cette mise en place n'a pas été progressive, avec donc un risque de stase lactée, elle a pu contribuer à l'apparition de l'abcès. Nous n'avons pas pu approfondir cet axe dans notre étude. Il est intéressant de noter que quatre de ces patientes avaient arrêté définitivement d'allaiter avant la prise en charge par ponction.

Nous avons demandé aux patientes de décrire la prise en charge de leurs difficultés rencontrées avant la découverte de l'abcès. Des verbatims, il semble ressortir une errance diagnostique, avec la consultation successive de plusieurs professionnels de santé : « *Je suis allée à la PMI, voir des SF et urgences de la maternité* » « *Mauvaise prise en charge par deux sages-femmes libérales à un mois. Idem coté PMI, généraliste* » « *J'ai consulté un gynécologue, les urgences gynécologiques, la PMI…* » « *J'ai dû consulter deux fois et toujours même diagnostic* » « *SOS médecin m'a mal conseillée, ma sage-femme aussi* » « *J'ai vu plusieurs professionnels successifs* » … Plus inquiétant, certaines patientes semblent ne pas avoir été accompagnées pendant cette période : « *Je n'ai pas été accompagnée* » « *Mon médecin généraliste n'a pas pris au sérieux le risque de mastite au début* » « *Prise en charge quasi inexistante à la maternité* » « *Pas d'accompagnement spécifique au début lorsque j'ai consulté aux urgences où aucune prise en charge n'a été proposée* » « *Ma gynécologue ne semblait vraiment pas être concernée par ce problème* »…

Il semble ressortir de ces observations une méconnaissance, un manque de formation et/ou d'intérêt sur les problématiques d'allaitement des professionnels consultés. De là découle un retard au diagnostic qui est une perte de chance pour la patiente et notamment son allaitement.

Nos résultats nous ont permis d'identifier les étiologies expliquant la survenue d'abcès du sein lactant dans notre population d'étude, et donc d'identifier des patientes dites « à risque » : primipares ou premier allaitement, âgées de plus de 30 ans, présentant une mastite et/ou une combinaison de plusieurs complications de l'AM : douleurs, engorgement, mastite, crevasses, candidose… Ils mettent également en exergue des dysfonctionnements de prise en charge qui ont conduit à la formation d'un abcès : un retard de diagnostic et de prise en charge, une absence de traitement ou protocole de prise en charge, un manque de soutien (douleurs, AM) des professionnels… La seconde hypothèse semble vérifiée par notre étude : des dysfonctionnements de prise en charge de difficultés d'AM ont favorisé l'apparition de cette pathologie.

5.2.2 Devenir de l'allaitement dans notre population d'étude

5.2.2.1 Découverte de l'abcès et prise en charge initiale

Pour comprendre le devenir de l'allaitement maternel de nos patientes, il a fallu analyser leur prise en charge lors de la découverte de l'abcès, avant l'orientation vers le centre Duroc.

Avant l'orientation vers le centre Duroc, notre population d'étude a d'abord consulté les urgences de la maternité (20 %), leur sage-femme « habituelle » (20 %), devant SOS Allaitement (15 %), le médecin traitant (15 %), la PMI (15 %) ou une consultante en lactation (10 %). Concernant le traitement, une prise en charge universelle ne ressort pas de nos résultats. Notamment seulement 35 % des patientes ont pris des antibiotiques et antalgiques, prise en charge conseillée par les derniers travaux français, quand 10 % n'ont reçu aucun traitement. Cette absence de consensus est retrouvée dans le mémoire « *Etat des lieux de la prise en charge de l'abcès du sein à Paris* », avec une disparité de prise en charge et des pratiques autour de cette pathologie (41). Ainsi 77 % des professionnels interrogés n'avaient pas de protocoles dédiés à cette pathologie. Depuis un protocole existe au sein du RSPP pour sensibiliser et informer les professionnels à cette question (20).

60 % des patientes ont interrompu leur allaitement lors de la découverte de l'abcès, avant la prise en charge au centre Duroc, et 30 % de manière définitive sur les deux seins. Alors que la littérature recommande majoritairement la poursuite de l'allaitement ou au minimum le drainage des seins (expression manuelle, tire-lait) dans la prise en charge d'un abcès ! Concernant les raisons expliquant cette interruption :

-44 % seraient un choix personnel des patientes ;

-25 % seraient du fait des professionnels, dénotant un manque de formation sur le sujet. Il faut également rappeler que le CNGOF recommande actuellement l'arrêt de l'AM sur un sein affecté par une mastite avec une poursuite du drainage par un tire-lait (23), sans évoquer de conduite à tenir dans le cas d'un abcès. Cela pourrait expliquer la réticence de certains professionnels au maintien de l'AM en cas d'abcès. Nous n'avons pas pu approfondir ce point.

-Les raisons « *Autres* » citées par les patientes semblent évoquer un défaut de soutien :

- « *Douleurs* » : à corréler aux 55 % des patientes à qui n'ont pas été prescrits d'antalgiques lors de la découverte de l'abcès,

- « *Prise d'antibiotiques* » : alors que les antibiotiques prescrits dans ce cas de figure sont compatibles avec l'AM et qu'une réassurance facile et rapide est possible via le site du CRAT notamment,
- « *Peur, traumatisme* » : manque de réassurance, d'explications sur la résolution de l'abcès,
- *Absence de lactation* » : manque de soutien sur l'allaitement.

Cette interruption est une véritable perte de chance pour ces patientes, à la fois pour leur projet d'allaitement mais aussi pour la guérison de l'abcès.

58 % des patientes ont utilisé un tire-lait durant cette période d'interruption, comme recommandé afin de drainer les seins et maintenir une stimulation de la lactation. Fait intéressant à noter : une patiente a indiqué avoir arrêté l'AM lors de la découverte de l'abcès mais a tiré son lait sur les deux seins pendant un mois et demi.

Enfin, 35 % des patientes ont été orientées vers le centre Duroc après un délai : 20 % (n=5) ont rapporté un délai d'une semaine, 5 % (n=1) de trois semaines, et 10 % (n=2) d'un mois, préjudiciables à la guérison de l'abcès. Deux des quatre patientes pour lesquelles une chirurgie a été nécessaire ont été adressées pour ponction avec un délai d'une semaine et d'un mois. Pour rappel, dans les deux études réalisées à Paris et Lyon sur la prise en charge par ponction, c'est le retard à la prise en charge de l'abcès qui ressort comme le principal facteur d'échec d'une ponction (3,29).

De cette analyse de la prise en charge initiale de nos patientes pour leur abcès ressort une prise en charge souvent non adaptée, à l'origine d'une interruption voire un arrêt définitif de l'AM.

5.2.2.2 Poursuite de l'allaitement après la prise en charge par ponction échoguidée

Pour vérifier notre première hypothèse, nous avons ensuite analysé le devenir de l'AM de la population après la prise en charge par ponction.

70 % des patientes ont poursuivi leur allaitement au décours immédiat de la ponction, dont 5 % uniquement sur un sein.

Sur le long terme, nous avons constaté que les patientes ont allaité davantage que la population française, malgré les difficultés liées à l'abcès. Ainsi, 80 % allaitaient à un mois contre 54 % pour la population française, 55 % à quatre mois contre 34 % et 40 % allaitaient encore à six mois contre 25 % (2). Celles qui ont arrêté le plus précocement l'AM l'ont fait en raison d'une reprise chirurgicale, et sur indication de l'équipe soignante.

Ces résultats sont très encourageants et montrent que la prise en charge par ponction échoguidée n'est pas un frein à la poursuite de l'AM, bien au contraire, validant le développement de cette pratique. Ils témoignent également de l'efficacité de la prise en charge multidisciplinaire du réseau du RSPP : Diagnostic par professionnel formé ; Protocole adapté et validé par la littérature ; Soutien de l'allaitement durant toute la prise en charge. Le protocole du centre Duroc implique une surveillance clinique à H24 puis H48 puis une fois par semaine jusqu'à résolution complète, associée à des contrôles radiologiques à J2-J3, J7-J8 puis une fois par semaine (Annexe I). Toutes les patientes ont ainsi bénéficié d'un accompagnement de leur allaitement après la ou les ponctions : principalement par leur sage-femme habituelle (35,7 %), une conseillère en lactation (37,5% suivi par SOS Allaitement (14,3 %), une sage-femme du RSPP (14,3 %).

Il ressort également de notre étude que les raisons du sevrage après la prise en charge par ponction rejoignaient celles de la population générale et n'étaient plus le fait de l'abcès. Ainsi, la principale cause après trois mois est la reprise du travail (citée 4 fois), suivie par une baisse de lactation (citée 2 fois), une envie de sevrer (citée 2 fois)… rejoignant les raisons d'arrêt cités dans la littérature, et notamment l'étude Epifane (2).

Concernant le ressenti des patientes sur leur projet d'allaitement : il n'y a pas vraiment d'avis tranché. Ainsi à la question « Pensez-vous que la survenue de l'abcès a modifié votre projet d'allaitement ? » 50 % sont « plutôt d'accord » ou « d'accord » ; 50 % ne sont « pas d'accord » ou « plutôt pas d'accord ». A la question « Pensez-vous que la prise en charge de l'abcès a modifié votre projet d'allaitement ? », une tendance semble davantage se confirmer. Ainsi 60 % sont « plutôt d'accord » ou « d'accord » ; 40 % ne sont « pas d'accord » ou « plutôt pas d'accord ».

Enfin, 95 % des patientes ont été satisfaites de leur prise en charge globale, malgré les difficultés rencontrées lors de leur parcours.

Nos résultats semblent donc valider notre première hypothèse : la prise en charge par ponction échoguidée n'est pas un frein à la poursuite de l'AM. Au contraire, un allaitement satisfaisant peut en découler, et la patiente peut mener son projet à terme, si elle est bien accompagnée.

5.2.2.3 Poursuite de l'allaitement après une reprise chirurgicale

Nous ne pouvons pas conclure statistiquement mais il est intéressant de noter que pour les 4 patientes concernées par une reprise chirurgicale, un arrêt définitif de l'AM a été observé immédiatement après l'opération dans 100 % des cas, conforme avec les résultats de la littérature. En cause notamment, l'hospitalisation et une séparation mère/nourrisson (26).

5.3 Perspectives et propositions

5.3.1 Apport de notre suivi de l'allaitement

L'objectif principal de notre étude était de décrire le devenir de l'AM lors d'une prise en charge d'un abcès lactant par ponction échoguidée. Elle a permis de montrer au travers de l'exemple des 20 patientes que cette prise en charge n'était pas un frein à la poursuite de l'AM. Le sevrage ultérieur était du fait de raisons indépendantes à l'abcès, semblables à celle de la population générale. 95 % des patientes se sont déclarées satisfaites de la prise en charge. Pour la préservation du projet d'AM, la prise en charge par ponction devrait donc être proposée en première intention, associée à un protocole détaillé et un accompagnement de l'allaitement.

Nous avons constaté qu'il n'y avait pas de consensus de prise en charge des abcès du sein lactant à Paris, hormis au sein du RSPP où un protocole a été mis en place. L'idée serait d'atteindre une uniformisation des pratiques en dehors de ce réseau, et de convaincre l'ensemble des praticiens de l'intérêt d'une prise en charge par ponction en première intention. Pour cela plusieurs axe d'approfondissement pourraient être proposés :

-Augmenter le nombre de patientes incluses dans l'étude, afin de pouvoir conclure quantitativement. En incluant les patientes régulièrement prises en charge au centre Duroc mais il serait intéressant également d'intégrer d'autres centres de ponction afin d'avoir une population plus représentative. Une étude randomisée sur le sujet, à plus grande échelle donnerait plus de crédibilité aux résultats.

-Comparer notre groupe de patientes à un groupe pris en charge chirurgicalement en première intention. Il faudrait pour cela identifier des praticiens ou des maternités où la prise en charge par ponction n'est pas proposée, et suivre le devenir de l'AM des patientes en étudiant les mêmes variables. Puis proposer un protocole permettant de soutenir le projet de l'AM en cas de drainage chirurgical : poursuite AM sur le sein controlatéral ; du côté traité, en fonction de l'incision réalisée, soit tirer le lait ou maintenir les tétées…

-Communiquer sur cette pathologie et sa prise en charge, et notamment les résultats encourageants pour l'AM, dans le but d'améliorer la formation des professionnels. Notre étude et celle réalisée à Lyon ont permis de montrer qu'un réseau pluridisciplinaire formé est nécessaire pour favoriser la prise en charge et l'accompagnement de ces patientes.

Dans les pistes possibles :

- Proposer des sessions de formation régulières au sein du RSPP ;
- Généraliser le protocole de prise en charge du RSPP en l'envoyant par mail à l'ensemble des professionnels concernés ;
- Présenter cette étude dans les staffs médicaux dans les maternités, ou lors des congrès sages-femmes/obstétriciens, qui sont un autre moyen d'entretenir ou de perfectionner les connaissances des professionnels de santé ;
- Publier un article sur notre étude dans les mois à venir. La revue Journal of Human Lactation est envisagée. Pour rappel, un article, consultable librement, a été publié sur le site Gyneco-online sur la première étude réalisée par le RSPP (29) ;
- Mettre à jour le Mooc Allaitement (site de l'Unité de Pédagogie Numérique en Santé) avec nos résultats sur le devenir de l'AM…

Le but serait à terme d'actualiser les recommandations du CNGOF, qui mettent en avant pour le moment la prise en charge chirurgicale pour un abcès du sein lactant …

5.3.2 Repérage des femmes à risque de développement d'un abcès et rôle de la sage-femme

Un objectif secondaire était d'identifier les raisons de survenue de cette pathologie pour les patientes de la population d'étude. En effet, une meilleure connaissance des facteurs de causalité devrait logiquement permettre une diminution de l'incidence des abcès, par des actions de prévention.

Nos résultats nous ont permis d'identifier des patientes dites « à risque », qui doivent donc être repérées et surveillées de manière rapprochée, avec une réévaluation clinique voire échographique régulière. La poursuite de l'allaitement en cas d'abcès est en effet conditionnée par la précocité de son diagnostic et de son traitement.

La sage-femme est l'un des principaux intervenants de la grossesse et du post partum. Ses possibilités multiples d'exercer lui permettent de rencontrer les femmes à différents moments « clé » : en maternité, en libéral, en PMI, dans les centres de planification familiale, ... Elle est donc en première ligne pour sensibiliser les femmes aux complications de l'allaitement, les dépister puis orienter les femmes vers le service compétent. Dans le Référentiel Métier et Compétences des sages-femmes de janvier 2010, concernant l'AM : il est inscrit que la sage-femme « *doit assurer un suivi mère-enfant dans les suites de couches jusqu'à la visite post-natale […] en vérifiant la mise en place de l'allaitement (maternel ou artificiel) -en étant à l'écoute de la mère, en prodiguant des conseils, en prévenant les complications (crevasses, lymphangites, abcès…)* ». Dans les savoir-faire

techniques et la maîtrise des gestes professionnels, il est indiqué dans la partie *En postpartum* : « *être capable d'accompagner l'allaitement maternel et artificiel et assurer son suivi* » (47). Ce rôle primordial est d'ailleurs apparu dans notre étude, les patientes ayant consulté une sage-femme lors des difficultés d'AM (20 %) puis après la ponction en soutien de leur AM (50 %).

Notre étude a mis en lumière un manque de connaissances des professionnels sur les complications de l'AM et leur prise en charge. Une perspective intéressante serait de réaliser une étude sur les connaissances des sages-femmes sur la mastite, l'abcès du sein lactant et leur prise en charge. La réalisation d'une plaquette d'information, destinée plus largement à l'ensemble des professionnels accompagnant l'allaitement (auxiliaire ou infirmière de puériculture, pédiatre, médecin généraliste…) pourrait être envisagée dans le même temps, si un manque de formation ou de connaissances apparait.

Concernant la formation initiale, le programme officiel des études de sages-femmes n'impose pas de volume horaire à respecter sur le thème de l'AM et de ses complications. L'enseignement dédié à l'allaitement est notamment évoqué dans le programme du premier cycle des études : dans les *Objectifs généraux en obstétrique : promouvoir l'AM et assurer son suivi*, et plus précisément dans *l'Étude des suites de couches physiologiques : Physiologie de la lactation, allaitement et complications et accompagnement* (48). Chaque école peut librement former ses élèves sur le sujet. Par exemple, concernant notre promotion, ce thème a été abordé dans la première année du second cycle, dans un cours dispensé par une sage-femme enseignante sur les complications de l'AM. La prise en charge d'un abcès du sein lactant par ponction écho-guidée, associée à un protocole antalgiques/antibiotiques et un soutien de l'AM ont été abordés, respectant les dernières parutions sur la question. Nous avons donc été informés sur le sujet et devrions donc en tant que futur professionnel pouvoir orienter et accompagner une patiente sur le sujet.

Concernant la formation continue, le Diplôme Inter-Universitaire Lactation humaine et Allaitement Maternel est une piste pour approfondir les connaissances des professionnels de santé. Ainsi, le volet « *Pathologies du sein lactant* » est abordé au sein de ce cursus. Il serait intéressant de connaître le contenu de la formation au sujet de l'abcès et de la mastite, et de pouvoir proposer en illustration quelques cas cliniques tirés de cette étude.

5.3.3 Fiche de soutien à l'allaitement maternel

Pour répondre à notre objectif opérationnel, nous réalisons une fiche de soutien à l'allaitement maternel destinée aux mamans prises en charge pour ponction au centre d'imagerie et radiologie Duroc. Notre étude a en effet permis de mettre en lumière que

l'accompagnement est un élément « clé » pour la poursuite de l'AM en cas de difficultés. Cette plaquette est élaborée en reprenant les verbatims les plus évoqués par les patientes. Nous pouvons envisager qu'à terme ce document puisse être distribué au centre Duroc, dans les PMI, cabinets de sages-femmes libérales, maternité (urgences)…

6 Conclusion

La France présente une prévalence de l'allaitement maternel parmi les plus faibles des pays européens, malgré une politique de santé publique active sur ce thème. Les pathologies du sein prédominent dans les causes d'un arrêt précoce de la lactation.

L'abcès du sein lactant est une complication rare et douloureuse de l'AM. Deux types de prise en charge existent : la chirurgie, par incision et drainage, et la ponction échoguidée. Le traitement chirurgical, qui reste recommandé en France, indique souvent un arrêt de l'allaitement. Pourtant des travaux récents dans notre pays et à l'étranger ont validé l'efficacité de protocoles alliant des ponctions échoguidées à la prise d'antalgiques/antibiotiques et un soutien des patientes, permettant la poursuite de l'allaitement sur les deux seins immédiatement après la ponction.

Notre étude a permis de montrer qu'une poursuite de l'AM est possible à moyen voire long terme après une prise en charge par ponction échoguidée, dans le cadre d'un réseau pluridisciplinaire formé. Cette prise en charge devrait donc être proposée en première intention à toutes les patientes présentant un (ou des) abcès du sein, et il faudrait pour cela faire évoluer les recommandations actuelles.

En identifiant les étiologies de survenue d'un abcès pour nos patientes, nous avons constaté des dysfonctionnements de prise en charge des difficultés de l'allaitement qui pourraient être corrigés par une uniformisation des pratiques et des actions de communication et formation. Notamment la réalisation d'une plaquette d'information sur la prise en charge des mastites et des abcès, destinée à l'ensemble des professionnels accompagnant l'allaitement, pourrait être une piste intéressante.

D'un point de vue personnel, ce travail m'a permis d'approfondir mes connaissances sur l'AM et ses complications en particulier. Il m'a également permis de me positionner en tant que future sage-femme, en réfléchissant notamment au repérage de patientes dites à risque, aux actions de prévention et l'accompagnement des complications de l'AM que je pourrais proposer.

7 Références bibliographiques

1. Blondel B, Bonnet C. Enquête nationale périnatale Rapport 2016. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010. INSERM, DREES; octobre 2017.

2. Salanave B, de Launay C, Boudet-Berquier J, Guerrisi C, Castetbon K. Alimentation des nourrissons pendant leur première année de vie Résultats de l'étude Epifane 2012-2013 [Internet]. Institut de veille sanitaire; 2016 [consulté le 21 décembre 2017]. Disponible sur: URL:<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2016/Alimentation-des-nourrissons-pendant-leur-premiere-annee-de-vie>

3. Debord M-P, Poirier E, Delgado H, Charlot M, Colin C, Raudrant D, et al. Abcès du sein lactant : et si on ne les opérait plus ? J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2016;45(3):307-14.

4. OMS. La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant. Cinquante-quatrième assemblée mondiale de la santé 2001 ; WHA 54.2 :1-4 [Internet]. 2001 [consulté le 7 mai 2018]. Disponible sur: URL:< http://www.who.int/nutrition/topics/WHA54.2_iycn_fr.pdf>

5. Michaelsen KF. Feeding and nutrition of infants and young children: guidelines for the WHO European Region, with emphasis on the former Soviet countries [Internet]. 2000 [consulté le 21 décembre 2017]. Disponible sur:URL: <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9289013540/en/>

6. OMS | Allaitement maternel [Internet]. WHO. [consulté le 1 mai 2018]. Disponible sur: URL: <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/fr/ >

7. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): A Randomized Trial in the Republic of Belarus. JAMA. 2001;285(4):413-20.

8. WHO Collaborative Study Team. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. Lancet Lond Engl [Internet]. 2000;355(9202):451-5. [consulté le 1 mai 2019]. Disponible sur:URL: <https://www.download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(00)82011-5.pdf>

9. Oddy WH, Sly PD, Klerk NH de, Landau LI, Kendall GE, Holt PG, et al. Breastfeeding and respiratory morbidity in infancy: a birth cohort study. Arch Dis Child. 2003;88(3):224-8.

10. Labbok MH. Effects of Breastfeeding on the Mother. Pediatr Clin. 2001;48(1):143-58.

11. EURO-PERISTAT INSERM. European Perinatal Health Report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010 [Internet]. 2010 [consulté le 2 janvier 2018]. Disponible sur: URL:<http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2015/01/EPHR2010.pdf>

12. Le PNNS 2011-2015 - Programme national nutrition santé - Manger Bouger Professionnel [Internet]. [consulté le 6 mai 2018]. Disponible sur: URL< http://www.mangerbouger.fr/pro/le-pnns/pnns-106/connaitre-le-pnns/le-pnns-2011-2015.html>

13. Favier-Steeger L. Les causes de sevrage d'allaitement maternel dans les six premiers mois de la vie de l'enfant: Etude rétrospective auprès de 104 mères allaitantes [Thèse:

médecine]. [Lyon]: Universite Claude Bernard Lyon 1; 2006. Disponible sur: URL:<http://urmlra.indus.imdeo.com/upload/editor/C5.2.1PJ4_1184835260594.pdf>

14. Branger B, Cebron M, Picherot G, de Cornulier M. Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. Arch Pédiatrie.1998;5(5):489-96.

15. Kvist LJ, Rydhstroem H. Factors related to breast abscess after delivery: a population-based study. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2005;112(8):1070-4.

16. Amir LH, Forster D, McLachlan H, Lumley J. Incidence of breast abscess in lactating women: report from an Australian cohort. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2004;111(12):1378-81.

17. Observatoire régional de santé Île-de-France. La santé périnatale en Île-de-France - Tableau de bord d'indicateurs départementaux et régionaux en périnatalité et orthogénie [Internet]. 2015 [consulté le 23 mai 2018]. Disponible sur: URL: <http://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/la-sante-perinatale-en-ile-de-france-1.html>

18. CNGOF. Allaitement maternel: complications de l'allaitement [Internet]. Campus de Gynécologie et Obstétrique. [consulté le 2 janvier 2018]. Disponible sur: URL:<http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et obstetrique/enseignement/item24/site/html/4.html#4>

19. OMS | Mastite: causes et prise en charge [Internet]. 2000 [consulté le 23 mai 2018]. Disponible sur: URL:< http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_00_13/fr/>

20. Rigourd V. Prendre en charge une mastite et un abcès- Protocole RSPP Allaitement maternel. Paris: 2017.

21. ANAES. Allaitement maternel- Mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant. Texte des recommandations [Internet]. 2002 [consulté le 8 mai 2019]. Disponible sur: URL:< https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf>

22. Prentice A, Prentice AM, Lamb WH. Mastitis in rural Gambian mothers and the protection of the breast by milk antimicrobial factors. Trans R Soc Trop Med Hyg [Internet]. 1985;79(1):90-5. [consulté le 24 avril 2019]. Disponible sur: URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0035920385902457>

23. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique Post Partum [Internet]. 2015. [consulté le 8 mai 2019]. Disponible sur: URL:<http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/apercu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2015-RPC-POSTPARTUM.pdf&i=2176>

24. Eryilmaz R, Sahin M, Hakan Tekelioglu M, Daldal E. Management of lactational breast abscesses. Breast Edinb Scotl. 2005;14(5):375-9.

25. Delaloye J-F, Capoccia Brugger R, Ifticene Treboux A, Anaye A, Meuwly J-Y. Abcès du sein : privilégier la ponction-aspiration échoguidée. Rev Médicale Suisse. 2010;6(268):2010-2.

26. Elagili F, Abdullah N, Fong L, Pei T. Aspiration of Breast Abscess Under Ultrasound Guidance: Outcome Obtained and Factors Affecting Success. Asian J Surg. 2007;30(1):40-4.

27. Marcellin L, Chantry AA. Allaitement maternel (partie III) : complications de l'allaitement – Recommandations pour la pratique clinique. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2015;44(10):1084-90.

28. Arnardottir H, Orr SK, Dalli J, Serhan CN. Human Milk Proresolving Mediators Stimulate Resolution of Acute Inflammation. Mucosal Immunol [Internet]. 2016;9(3):757-66. [consulté le 14 avril 2019] Disponible sur:URL:< https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4833718/>

29. Rigourd V, Baumot N, Bille E, Pommeret B, Guyonnet A, Leroy E, et al. Prise en charge par ponctions écho-guidées des abcès du sein lactant et poursuite de l'allaitement maternel. [Internet] 2018 [consulté le 14 avril 2019]; Disponible sur: URL:<https://www.gyneco-online.com/gynecologie/prise-en-charge-par-ponctions-echo-guidees-des-abces-du-sein-lactant-et-poursuite-de>

30. Lorette G, Beaulieu P, Allaert FA, Mahmoudi A, Jarlier V. Superficial community-acquired skin infections: prevalence of bacteria and antibiotic susceptibility in France. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2009;23(12):1423-6.

31. CRAT. Pristinamycine- grossesse et allaitement [Internet]. 2017 [consulté le 1 mai 2019]. Disponible sur:URL:< https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=564>

32. Leborgne F, Leborgne F. Treatment of Breast Abscesses with Sonographically Guided Aspiration, Irrigation, and Instillation of Antibiotics. Am J Roentgenol. 2003;181(4):1089-91.

33. Newman J. When Breast-feeding is not Contraindicated. Can Fam Physician. 1991;37:969-75.

34. Ulitzsch D, Nyman MKG, Carlson RA. Breast abscess in lactating women: US-guided treatment. Radiology. 2004;232(3):904-9.

35. Cusack L, Brennan M. Lactational mastitis and breast abscess - diagnosis and management in general practice. Aust Fam Physician. 2011;40(12):976-9.

36. Banapurmath CR, Banapurmath SC, Mallikarjuna HB, Kalliath A, Rao KT, Verghese J, et al. Successful management of breast abscess with ongoing breastfeeding. Indian Pediatr. 1995;32(4):488-91.

37. Irusen H, Rohwer AC, Steyn DW, Young T. Treatments for breast abscesses in breastfeeding women. In: Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2015 [consulté le 11 décembre 2017]. Disponible sur: URL:<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010490.pub2/full#CD010490-abs-0001>

38. Dixon JM. Repeated aspiration of breast abscesses in lactating women. BMJ. 1988;297(6662):1517-8.

39. Karstrup S, Solvig J, Nolsøe CP, Nilsson P, Khattar S, Loren I, et al. Acute puerperal breast abscesses: US-guided drainage. Radiology. 1993;188(3):807-9.

40. Tewari M, Shukla H. An effective method of drainage of puerperal breast abscess by percutaneous placement of suction drain. Indian J Surg. 2006;68:330-3.

41. Couve de Murville A-S, Alglave M. Etat des lieux de la prise en charge de l'abcès du sein à Paris [Mémoire DIU Lactation Humaine - Allaitement maternel]. [Toulouse, Lille]: universités de Toulouse et Lille ; 2016.

42. Recherche médicale : comment procéder pour une thèse ou un mémoire ? | CNIL [Internet]. [consulté le 3 mars 2019]. Disponible sur:URL:< https://www.cnil.fr/fr/recherche-medicale-comment-proceder-pour-une-these-ou-un-memoire>

43. Inserm. Comprendre la recherche clinique [Internet]. [consulté le 3 mars 2019]. Disponible sur: URL: <https://www.inserm.fr/recherche-inserm/recherche-clinique/comprendre-recherche-clinique>

44. Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement Méthodologie de référence MR-003 | CNIL [Internet]. [consulté le 3 mars 2019]. Disponible sur: URL:<https://www.cnil.fr/fr/declaration/mr-003-recherches-dans-le-domaine-de-la-sante-sans-recueil-du-consentement>

45. OMS | Allaitement maternel exclusif [Internet]. WHO. [consulté le 10 avril 2019]. Disponible sur:URL:< http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/fr/>

46. Chabal S. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information [Internet]. CEDIP; 2014 [consulté le 20 avril 2019]. Disponible sur: URL:< http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf>

47. CASSF, CNOSF. Référentiel métier et compétences des sages-femmes [Internet]. 2010 [consulté le 22 avril 2019]. Disponible sur: URL:<http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>

48. République française. Arrêté du 19 juillet 2011 fixant le programme du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques. [Internet]. BO n°30 du 25 août 2011. [consulté le 22 avril 2019]. Disponible sur :URL:<http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html?cid_bo=57109&cbo=1>

8 Annexes

Annexe I : Protocole prise en charge abcès Centre Duroc/RSSP

Diagnostic confirmé par une échographie mammaire

Traitement médical :

Antibiothérapie : Pyostacine® (pristinamycine) 1g 3x/j dès le diagnostic clinique d'abcès

(Cloxacilline si allergie : 1g 2x/j durant 10-14 jours)

Antalgiques : Paracetamol 1g 4x/j

Si pas de CI et si nécessaire : Ibuprofène 200 à 400 mg 3x/j jusqu'à régression de l'inflammation. A réévaluer quotidiennement voire toutes les 12h

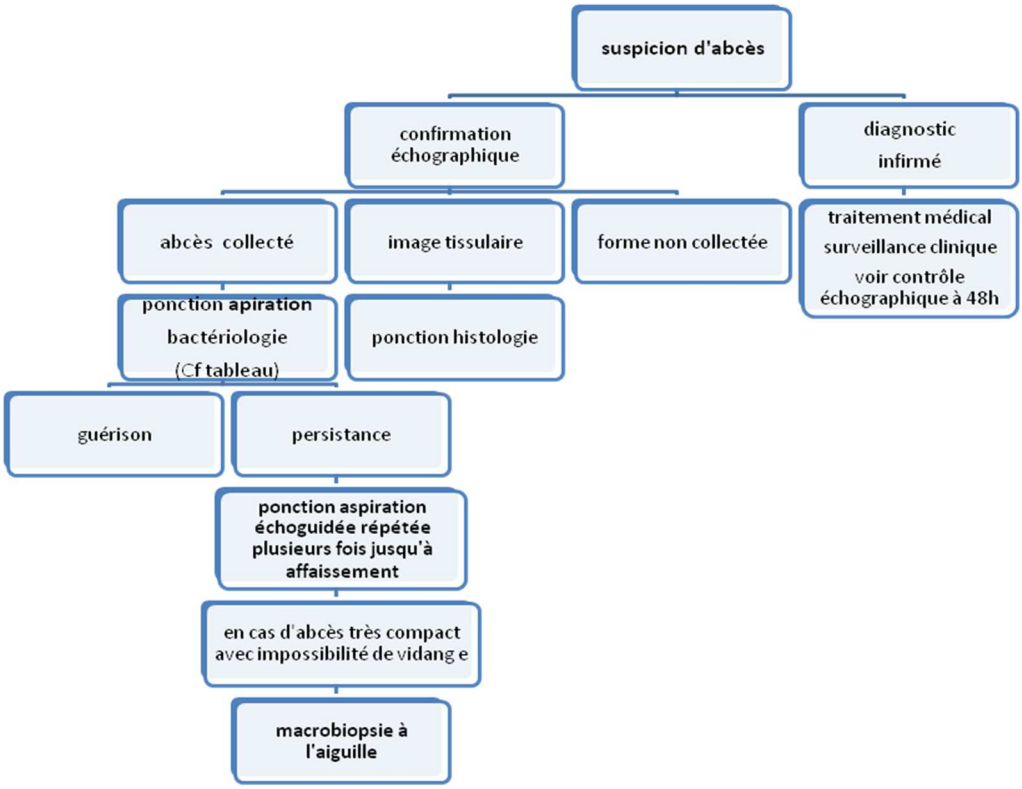
Ponction(s) au centre Duroc, avec bactériologie systématique du prélèvement de pus

Suivi

-clinique (SF/gynécologue) à H24 puis H48 puis une fois par semaine jusqu'à résolution complète

-radiologique à J2-J3, J7-J8 puis une fois par semaine jusqu'à résolution complète

AM : poursuite encouragée y compris côté atteint, sauf si abcès peri-aréolaire



Annexe II : Protocole ponction échoguidée Centre Duroc

Matériel	1 aiguille 13G Seringue 10cc et 30cc, 1 flacon de xylocaïne Biseptine, Compresses stériles 5X5, Compresses non stériles Gel stérile, 1 cupule, Gants Ampoules de sérum physiologique 20cc, Stéri-strip
Anesthésie locale	Désinfection de la zone à la Biseptine Anesthésie à la xylocaïne Point d'entrée le plus éloigné du mamelon
Technique ❶ Ponction sous échographie ❷ Macrobiopsie	 Chez patiente sous antibiothérapie Guidage échographique aiguille parallèle au plan profond Rinçage au sérum physiologique si besoin (en cas de cloisons) Macrobiopsie 14G sous aspiration en cas de difficultés de drainage Nettoyage de la peau en fin d'examen Pain de glace/ Stéri strip sur le point d'entrée de l'aiguille Compresse stérile tenue par le soutien-gorge à retirer le soir
Compte rendu type d'échographie	Envoyé à la patiente et au référent allaitement
Surveillance	Contrôle Clinique H24 Echographique J2-3 et J7-8

Annexe III : Questionnaire

Devenir de l'allaitement maternel après la prise en charge par ponction(s) échoguidée(s) d'un abcès du sein lactant

Etudiante sage-femme, je réalise sous la direction du docteur Rigourd, responsable du lactarium d'Île de France, un mémoire de fin d'étude sur le devenir de l'allaitement après la prise en charge par ponction échoguidée d'un abcès du sein.

Je vous contacte car vous avez été prise en charge par le centre Duroc pour cette pathologie.

Je vous propose de répondre au questionnaire ci-dessous, qui servira à améliorer la prise en charge de cette complication douloureuse de l'allaitement maternel.

Pour la première fois, et grâce à vos réponses, nous réaliserons un état des lieux de l'allaitement maternel après cette prise en charge. Nos travaux permettront également d'identifier les raisons de survenue de l'abcès, et d'éventuels retards/défauts de prise en charge.

Vos réponses seront anonymisées lors de la publication des résultats. Cette étude est par ailleurs encadrée légalement.

Je reste à votre disposition pour tout renseignement ou information.

En vous remerciant de votre précieuse participation,

Cordialement,

Camille Paugam, Etudiante SMA5 à l'école de Sages-femmes de l'hôpital Saint Antoine

1) Votre âge : …….

2) Combien avez-vous d'enfants ?

……..

3) S'agissait-il de votre premier allaitement ?

☐Oui ☐Non

4) Si non, avez-vous déjà rencontré des difficultés lors d'un précédent allaitement ?
Précisez : âge de l'enfant, type de difficultés, prise en charge…

……

Concernant cet allaitement :

5) A quel terme avez-vous accouché ? …… SA

6) S'agissait-il d'un allaitement exclusif ?

☐Oui ☐Non

7) Si Non, précisez l'âge de votre enfant (semaines ou mois) lors de l'introduction des biberons. Indiquez la (ou les) raison(s) d'introduction des biberons :
……
….

8) Avez-vous rencontré des difficultés lors de cet allaitement, avant la découverte de l'abcès ? *(Plusieurs réponses possibles)*

☐ Aucune difficulté ☐Douleurs ☐Crevasses ☐Engorgement ☐Mastite ☐Candidose
☐Autres : ……..

9) Si Oui, précisez l'âge de votre enfant (semaines ou mois) lors de ces difficultés. Comment avez-vous été accompagnée : professionnel consulté, prise en charge proposée, résolution rapide ou non...

……
……

Concernant la découverte de l'abcès :

10) Décrivez le type de lésions (exemple : un abcès sur le sein gauche)

……..

11) Précisez l'âge de votre enfant lors de la découverte de l'abcès (semaines ou mois) :
……

12) Où avez-vous été prise en charge initialement ? :

☐Urgences de la maternité où vous avez accouché ☐Gynécologue habituel ☐Sage-femme habituelle ☐Médecin traitant ☐SOS Allaitement
☐Autre :……

13) Précisez le traitement instauré :

☐Anti-douleurs ☐Antibiotiques ☐ Pas de traitement ☐Autre……

14) Avez-vous interrompu votre allaitement ?

☐ Oui sur les deux seins, les deux présentant un (ou plusieurs) abcès

☐ Oui sur les deux seins, mais seul un sein présentait un (ou plusieurs) abcès

☐ Oui sur le sein présentant un (ou plusieurs) abcès

☐ Non

15) Si Oui, raisons de l'interruption :

☐Indication du professionnel de santé ☐Choix personnel ☐Autre

16) Si Oui, durée de l'interruption (Précisez si Arrêt définitif)

……

17)Si Oui, Avez-vous utilisé un tire-lait lors de cette période ?

☐Oui ☐Non

18) Age de votre enfant lors de la première ponction (semaines ou mois) :

……

Concernant la poursuite de l'allaitement après la ponction :

19) Après la (les) ponction (s) : avez-vous poursuivi l'allaitement sur les deux seins ?

☐Oui ☐Non

Si non, **Section Arrêt de l'allaitement**

20) Précisez

☐Arrêt définitif

☐ Arrêt temporaire sur les deux seins, les deux présentant un (ou plusieurs) abcès

☐ Arrêt temporaire sur les deux seins, seul un sein présentait un (ou plusieurs) abcès

☐ Arrêt temporaire sur le sein présentant un ou plusieurs abcès

21) Raisons de l'interruption ou de l'arrêt ?

☐Indication du professionnel de santé ☐Choix personnel ☐Autre

22) En cas d'interruption, précisez la durée :

……

23) Après l'interruption, combien de temps avez-vous allaité votre enfant ? Quelles ont été les raisons du sevrage ?

……

Si oui, **Section Poursuite de l'allaitement**

24) Avez-vous bénéficié d'un accompagnement de votre allaitement ?

☐Sage-femme du RSPP ☐Sage-femme habituelle ☐Médecin traitant ☐SOS Allaitement ☐autres :……

25) Une fois l'abcès guéri, avez-vous par la suite rencontré de nouvelles difficultés à allaiter? ☐Oui ☐Non

26) Si oui précisez……

27) Aujourd'hui allaitez-vous toujours votre enfant ?

☐Oui ☐Non

28) Si non, précisez l'âge de votre enfant lors du sevrage de l'allaitement (semaines ou mois), ainsi que les raisons de l'arrêt :……

Recours à la chirurgie

29) Une reprise chirurgicale a-t-elle été nécessaire après la (les) ponction(s) ?

☐Oui ☐Non

Si Oui, **Section Reprise chirurgicale**

30) combien de jours avez-vous été hospitalisée ?..... jours

31)Votre enfant a-t-il pu rester auprès de vous lors de votre hospitalisation ?

☐Oui ☐Non

32) Après la chirurgie: avez-vous poursuivi l'allaitement sur les deux seins?

☐Oui ☐Non

33) Si non, précisez :

☐Arrêt définitif

☐ Arrêt temporaire sur les deux seins, les deux présentant un (ou plusieurs) abcès

☐ Arrêt temporaire sur les deux seins, seul un sein présentait un (ou plusieurs) abcès

☐ Arrêt temporaire sur le sein présentant un ou plusieurs abcès

34) Si non, précisez la durée de l'interruption :

……

35) Si non, raisons de l'interruption ou de l'arrêt ?

☐Indication du professionnel de santé ☐Choix personnel ☐Autre

36) Avez-vous utilisé un tire-lait durant cette période ?

☐Oui ☐Non

37) En cas de poursuite de l'allaitement, précisez l'âge de sevrage de votre enfant et les raisons motivant l'arrêt :……

Concernant votre projet d'allaitement :

38) Pensez-vous que la survenue de (des) l'abcès a modifié votre projet d'allaitement ?

☐ pas d'accord

☐ plutôt pas d'accord

☐ sans opinion

☐ plutôt d'accord

☐ d'accord

39) Pensez-vous que la prise en charge de (des) l'abcès a modifié votre projet d'allaitement ?

☐ pas d'accord

☐ plutôt pas d'accord

☐ sans opinion

☐ plutôt d'accord

☐ d'accord

40) Précisez :…….

41) Pour conclure, avez-vous été satisfaite de votre prise en charge ?

☐Oui ☐Non

Annexe IV : Précisions sur les difficultés avant l'abcès

9: Si Oui, précisez l'âge de votre enfant (semaines ou mois) lors de ces difficultés. Comment avez-vous été accompagnée : professionnel consulté, prise en charge proposée, résolution rapide ou non...
"Je suis allée à la pmi, voir des sages femmes et aux urgences de la maternité mais le resultat a été de pire en pire. À la maternité, on m'a dit qu' il n'y avait pas d'abcès. Au final la seule sage-femme compétente m' a envoyé au centre Duroc mais c'était trop tard."
"Maternité lors du début de l'allaitement. Très bonne prise en charge par les sages-femmes de l'hôpital avec la solution du bout de sein qui a parfaitement fonctionné."
"Les engorgements ont commencé assez tôt mon bébé avait 2 ou 3 semaines. Je n'ai pas été accompagnée, j'ai suivi les conseils de la maternité, à savoir : masser le sein douloureux en cercles et en appuyant pour désengorger... Ce qui est assez douloureux et plutôt inefficace..."
"Mauvaise prise en charge de deux sages-femmes libérales à un mois. Idem du côté de la PMI, du généraliste consulté. Il a fallu la découverte de l'abcès pour que je rencontre enfin une professionnelle (sage-femme) qui connaissait réellement ce domaine."
"J'ai consulté un gynécologue, les urgences gynécologiques, la PMI... Les choses ont empiré jusqu'à l'échographie à Duroc qui a permis de voir l'abcès."
"L'allaitement se passait plus ou moins bien, je pouvais avoir des douleurs à 1 sein et ne pas en avoir à l'autre, parfois aux deux et parfois pas du tout, mais ce n'était jamais une partie de plaisir. La première semaine j'ai introduit 1 biberon puis avec le temps je diminuais l'allaitement. Et au bout de 1 mois et demi j'ai définitivement arrêté. Je n'ai vu personne pour arrêter l'allaitement. "
"Mon fils avait 2 semaines. J'ai été principalement aidée par la conseillère en lactation de la maternité où j'avais accouché. Mon médecin généraliste n'a pas pris au sérieux le risque de mastite au début et m'a seulement conseillé de bien masser mon sein pour le désengorger. La conseillère en lactation a été très disponible, téléphone, mail, s'est même déplacée plusieurs fois. Après m'avoir dit de faire analyser mon lait, qui a confirmé une infection au staphylocoque, elle m'a orientée vers le centre de Duroc. Ma sage femme a également été d'un grand soutien. *On m'a conseillée de ne pas arrêter l'allaitement, sauf si je ne m'en sentais plus capable. J'ai eu plusieurs ponctions du sein et un suivi régulier par échographie jusqu'à la disparition de l'abcès."*
"Dès la naissance, elle me faisait un peu mal. Lorsqu'elle a atteint 2 semaines, je me suis retrouvée avec des crevasses et engorgements à répétition. Le temps passait mais cela ne guérissait pas, je me suis retrouvée avec une grosse masse dure dans le sein droit. Ma fille a vomi deux fois du sang, à cause de mes crevasses. J'ai consulté, on me disait que c'était un engorgement, et qu'il fallait drainer mais rien ne changeait, c'était très douloureux, j'ai du consulter deux fois, et toujours même diagnostic. Du coup, je passais mes journées sous la douche avec de l'eau et masser pour essayer de drainer, et aussi la technique du verre d'eau chaude. Cela me faisait très mal, j'avais vu une consultante en lactation, un médecin de l'hopital, la PMI... J'ai commencé à avoir des pics de fièvre tous les jours. Je frissonnais, tremblais, passais ma journee au lit tellement j'etais mal. *Je n'ai eu aucune prise en charge de ma douleur. Pour les crevasses une pommade sans effet, et des bouts de sein proposés à la maternité. J'ai du stopper le sein et passer au biberon car mes crevasses ne guerissaient pas, ma masse me faisait tres mal, les tétées étaient insupportables tellement j'avais mal. Je pleurais en donnant le sein tellement c'était douloureux, expérience très traumatisante.* *Un jour, à bout, j'ai appelé SOS allaitement et cela a permis de diagnostiquer l'abcès. "*
"2 semaines"
"7 semaines"
"10 jours. Prise en charge quasi inexistante à la maternité"
"J'ai été opérée 1 mois après la naissance de ma fille. On a tenté la prise en charge via ponction environ 2 semaines avant de finir en salle d'opération. Je me rappelle avoir eu de la fièvre une semaine après mon accouchement, tout a commencé là. Ma sage-femme a tout fait pour sauver mon allaitement. Mais j'ai eu effectivement beaucoup de fatigue due à tous ses examens et beaucoup d'incertitudes."
"Consultation d'un ostéopathe à la naissance qui a tout remis dans l'ordre et une sage-femme qui nous a aidé à ce que notre fille reprenne du poids."
"Pas d'accompagnement spécifique au début lorsque j'ai consulté aux urgences où aucune prise en charge n'a été proposée. Après 3 semaines de douleurs, prise en charge immédiate et effective au lactarium de Necker."
"Prise en charge au lactarium de Necker"
"Mon bébé avait une à deux semaines. SOS médecin m'a mal conseillé, ma sage femme aussi."
"vers 1 mois et demi, accompagnement sage femme"
"2 semaines"
"La candidose a démarré aux 1 mois et demi de mon enfant. Le diagnostic a été très long, j'ai vu plusieurs professionnels successifs avant qu'une sage-femme évoque le bon diagnostic. D'ailleurs je voudrais préciser que je trouve déplorable que les professionnels de santé ne soient pas mieux formé sur les problèmes d'allaitement. Ma gynécologue ne semblait vraiment pas être concernée par ce problème. Ensuite il y a eu un mois environ avant que le traitement (antifongiques) fasse effet. En raison des douleurs, j'ai eu plusieurs mastites."

Annexe V : Commentaires libres sur la satisfaction des patientes concernant leur prise en charge

40: Précisez
La prise en charge médicale "classique" a été désastreuse et à failli me coûter mon allaitement. Le centre D. m'a écoutée, soutenue, accompagnée. Donc oui, plus que satisfaite de leur prise en charge !
Seule la dernière sage-femme spécialiste de l'allaitement a été efficace.
Je voulais stopper mon allaitement mais avec la prise en charge, j'ai pu guérir de ces abcès. Je recommande à 100 % ces ponctions, elles m'ont sauvé mon allaitement. Sinon on allait surement m'opérer et les suites allait être difficiles avec les mêches dans le sein, etc = arret de l'allaitement. Ici j'avais pu tire allaiter directement après la ponction. Donc vraiment, il faut conseiller les ponctions, c'est plus facile pour la suite. Voilà, sinon je suis à 21 mois d'allaitement et ce n'est pas fini et aucun sevrage envisagé avant 2 ans. Peut être je vais aller jusquau sevrage naturel. À voir
Je suis infiniment reconnaissante de la prise en charge opérée et d'avoir pu allaiter comme je le souhaiter. Je suis émue de la chance que j'ai eu et de l'avancée des techniques médicales au profit de l'allaitement. Merci
La prise en charge rapide et efficace a soulagé la douleur et probablement évité une opération plus conséquente.
Oui, bien accompagnée au centre D. et par la sage-femme. Cela a été un élément positif pour poursuivre sereinement…
Contente de ma prise en charge à partir du moment ou j'ai été suivie au centre D. Mais quant à mon suivi aux urgences pas du tout, mon état se compliquait de plus en plus sans que l'on me trouve une solution ou me dirige vers les spécialistes adéquats.
Très satisfaite!
Grâce à cette intervention, j'ai pu éviter une prise en charge chirurgicale et continuer l'allaitement. Rétablissement rapide après la ponction.
Ce protocole très efficace m'a permis d'avoir un allaitement serein pendant quelques mois jusqu'au sevrage de mon fils.

9 Glossaire

AM : Allaitement maternel

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CPP : Comité de Protection des Personnes

CRAT : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNNS : Programme National Nutrition-Santé

RSPP : Réseau de Santé Périnatal Parisien

Résumé : Le traitement conventionnel en France d'un abcès du sein lactant est chirurgical et entraîne la plupart du temps un arrêt de l'allaitement. Au contraire, la prise en charge par ponction échoguidée autoriserait sa poursuite immédiatement après la ponction. Cette étude visait à décrire le devenir de l'allaitement après la prise en charge d'un abcès du sein lactant par ponction échoguidée et d'identifier les raisons de survenue de cette pathologie pour notre population cible. Un questionnaire a été adressé à 28 patientes recrutées par le Réseau de Santé Périnatal Parisien. Les résultats ont montré que la prise en charge par ponction échoguidée autorise la poursuite de l'allaitement et que des dysfonctionnements de prise en charge ont favorisé l'apparition de l'abcès. Une évolution des recommandations sur la prise en charge d'un abcès et des actions de formation auprès des professionnels de santé sur les difficultés de l'allaitement seraient nos principales propositions.

Abstract : In France, lactational breast abscesses are commonly treated by surgical drainage, mainly leading to an interruption of breastfeeding. On the contrary, some studies showed that women treated by ultrasound-guided needle aspiration were more likely to continue breastfeeding immediately after the procedure. The purpose of this study was to describe the continuation of breastfeeding for patients treated by needle aspiration and identify the risk factors leading to an abscess. A survey was sent to 28 patients recruited in Paris. Results showed that ultrasound-guided needle aspiration allowed the breastfeeding's continuation and that treatment failures have promoted the abscess's development. In our opinion, official guidelines on lactational abscesses should be updated and medical staff should receive special training on breastfeeding difficulties.

Mots clés :

-Abcès

-Sein

-Ponction

-Allaitement

Nombre de pages : 39

Nombre d'annexes : 5

Nombre de références bibliographiques : 48