UFR DE MÉDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
Université Clermont Auvergne

N°

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

TAMINAU-BIDAULT Marie

Présentée et soutenue publiquement le 18 Juin 2019

REVUE DE LA LITTERATURE

SUR LA PRISE EN CHARGE PAR LE MEDECIN GENERALISTE

DE L'ABCES DU SEIN

AU COURS DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

Directeur de thèse : Madame BOTTET Anne, Professeur associé, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Président du jury : Monsieur CLEMENT Gilles, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membre du jury : Monsieur GALLOT Denis, Professeur, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membre du jury : Madame SARRET Catherine, Maitre de conférences, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

UFR DE MÉDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
Université Clermont Auvergne

N°

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

TAMINAU-BIDAULT Marie

Présentée et soutenue publiquement le 18 Juin 2019

REVUE DE LA LITTERATURE

SUR LA PRISE EN CHARGE PAR LE MEDECIN GENERALISTE

DE L'ABCES DU SEIN

AU COURS DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

Directeur de thèse : Madame BOTTET Anne, Professeur associé, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Président du jury : Monsieur CLEMENT Gilles, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membre du jury : Monsieur GALLOT Denis, Professeur, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membre du jury : Madame SARRET Catherine, Maitre de conférences, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

UFR DE MÉDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
Université Clermont Auvergne

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES UNIVERSITE D'AUVERGNE	: **JOYON** Louis : **DOLY** Michel : **TURPIN** Dominique : **VEYRE** Annie : **DULBECCO** Philippe : **ESCHALIER** Alain
PRESIDENTS HONORAIRES UNIVERSITE BLAISE PASCAL	: **CABANES** Pierre : **FONTAINE** Jacques : **BOUTIN** Christian : **MONTEIL** Jean-Marc : **ODOUARD** Albert : **LAVIGNOTTE** Nadine
PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER	: **BERNARD** Mathias
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT	: **DEQUIEDT** Vianney
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	: **WILLIAMS** Benjamin
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE	: **HENRARD** Pierre
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE	: **PEYRARD** Françoise
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES	: **PAQUIS** François

✧✧✧✧✧

UFR DE MEDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES	: **DETEIX** Patrice : **CHAZAL** Jean
DOYEN	: **CLAVELOU** Pierre
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE	: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques – CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mmes GLANDDIER Phyllis - LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - RAYNAUD Elie - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOUX Alain - DAUPLAT Jacques - DETEIX Patrice - ESCHALIER Alain - IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis – Mme LAFEUILLE Hélène – MM. LEMERY Didier - LESOURD Bruno - LUSSON Jean-René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M.	AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M.	LABBE André	Pédiatrie
M.	AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M.	DURIF Franck	Neurologie
M.	BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M.	BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M.	POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M.	CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme	PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M.	BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M.	BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M.	CLAVELOU Pierre	Neurologie
M.	DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique
M.	GILAIN Laurent	O.R.L.

M.	LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M.	CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M.	CONSTANTIN Jean-Michel	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique

PROFESSEURS DE 1ère CLASSE

M.	DECHELOTTE Pierre	Anatomie et Cytologie Pathologique
M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénéréologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne
M.	SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophtalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique

PROFESSEURS DE 2ème CLASSE

Mme	CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme	KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M.	TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M.	CORNELIS François	Génétique
M.	DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M.	POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M.	CANAVESE Fédérico	Chirurgie Infantile
M.	LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M.	AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M.	BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M.	BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M.	CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M.	LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M.	AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme	BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme	HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M.	ESCHALIER Romain	Cardiologie
M.	MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme	TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M.	DURANDO Xavier	Cancérologie
M.	DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme	FANTINI Maria Livia	Neurologie
M.	SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M.	BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUIEZE Romain	Hématologie
M.	POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M.	SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M.	CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme	MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M.	VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme	BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M.	CAMBON Benoît	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

Mme	CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme	BOUTELOUP Corinne	Nutrition

MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE

M.	MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mle	GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme	FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle	GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M.	MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme	MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M.	ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mle	VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M.	DELMAS Julien	Bactériologie
Mle	MIRAND Andrey	Bactériologie Virologie
M.	OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M.	LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mle	COSTE Karen	Pédiatrie
M.	EVRARD Bertrand	Immunologie
Mle	AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
M.	POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme	CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M.	LEBRETON Aurélien	Hématologie

MAITRES DE CONFERENCES DE 2ème CLASSE

Mme	PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M.	JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M.	BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BUISSON Anthony	Gastroentérologie
M.	COLL Guillaume	Neurochirurgie
Mme	SARRET Catherine	Pédiatrie
M.	MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme	NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	BONHOMME Brigitte	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme	VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M.	BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle	AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M.	BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle	GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M.	BIDET Yannick	Oncogénétique
M.	MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M.	DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M.	SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M.	GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme	VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme	LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M.	LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme	MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M.	PINEL Alexandre	Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M.	TANGUY Gilles	Médecine Générale
M.	BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme	ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme	RICHARD Amélie	Médecine Générale

REMERCIEMENTS

A Monsieur **Gilles Clément,** Professeur de Médecine générale,
UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand.

Vous me faites l'honneur de présider cette soutenance de thèse. Veuillez recevoir ma sincère reconnaissance et mes sentiments respectueux.

A Monsieur **Denis Gallot**, Professeur de Gynécologie-Obstétrique,
UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand.

Vous me faites l'honneur d'évaluer mon travail. Veuillez recevoir mes remerciements les plus sincères.

A Madame **Catherine Sarret**, Maitre de conférences de Pédiatrie,
UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand.

Je suis très honorée de votre présence au sein de ce jury. Veuillez recevoir ma profonde reconnaissance.

A Madame **Anne Bottet**, Professeur associé de médecine générale,
UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand.

Votre soutien, votre patience et votre rigueur m'ont guidée dans la rédaction et la réflexion de ce travail. Votre passion pour ce métier est débordante et votre soif de transmettre aussi.
Veuillez trouver ici l'assurance de ma profonde reconnaissance et mes remerciements les plus sincères.

Maman, merci pour ton dévouement inconditionnel et tes encouragements enthousiastes. Je te serai éternellement reconnaissante pour ta présence à nos côtés. Merci d'avoir toujours été là pour me redonner confiance. Ton soutien, ton aide dans la réalisation de ce projet ont été prépondérant et merci pour ta passion de l'AM.

A mon père, et ma grande sœur, Hélène, merci de m'avoir transmis la passion de ce métier un peu fou et si intéressant, merci de votre soutien et de vos conseils.

A ma petite sœur, Caroline, merci pour tous ses moments partagés, courage à toi pour ta future carrière de gynéco-obstétricien, je suis si fière de toi.

A mon époux, Alex, tu es là depuis le début, dans les bons comme dans les mauvais jours, merci pour ton soutien, ton calme et ta présence à mes côtés au quotidien.
Merci d'être un père fabuleux pour Charlotte et Martin.

A mes grands-parents, une pensée émue pour Gilbert tu es toujours auprès de nous et je sais que tu veilles sur moi, merci Mimi d'avoir relu mon travail.

Anne et Jean-Claude, merci à vous de l'aide pour la mise page, Fabien merci à toi pour tes conseils informatiques.

A mes amis internes avec qui j'ai partagé ses 3 ans d'internat, Marion, Clarisse, Alice, Matthieu, mais aussi ceux qui sont loin Pauline, Alexandra, petit clin d'œil au groupe et Hélène S. qui aura entendu parler de cette thèse.

TABLE DES MATIERES

I - INTRODUCTION …… 13

II - MATERIEL ET METHODES ……... 14

III - RESULTATS ……. 16

A - Diagramme de flux ……..…… 16

B - Etat des lieux ……. 17

1 - Epidémiologie …… 17

2 - Physiopathologie …… 17

3 - Microbiologie …… 18

4 - Facteurs de risques …… 18

C - Gestion en médecine générale ……. 20

1 - Prévention …….. 20

2 - Diagnostic et évaluation clinique en médecine générale …… 20

3 - Traitement en médecine générale …… 21

3.1 - Mesures générales ……..…… 22

3.2 - Mesures spécifiques ……..…….. 23

4 - Suivi et complications …….. 29

5 - Diagnostics différentiels ……..…… 30

6 - Poursuite allaitement maternel ……..…… 30

7 - Soutien psychologique de la femme allaitante ……..…… 31

IV - DISCUSSION ……..…… 33

V - CONCLUSION ……..……... 38

REFERENCES BIBLIOGRAPPHIQUES ……..…… 41

ANNEXE 1 : Exclusions avant lecture ……..…….. 43

ANNEXE 2 : Témoignages ……..…… 47

LISTES DES TABLEAUX ET DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Avantages et inconvénients de la ponction et de l'incision

Tableau II : Approche et prise en charge du généraliste face à une infection mammaire type abcès

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Echographie d'un abcès du sein : avant, pendant et après drainage

Figure 2 : Photos d'un abcès du sein, aspiration à l'aiguille et cicatrice

Figure 3 : Photos d'un abcès du sein avec drain en place et cicatrice

LISTE DES ABREVIATIONS :

CNGOF : Collège National de Gynécologie et Obstétrique Fançais

AM : Allaitement Maternel

MG : Médecin Généraliste

ARS : Agence Régional de Santé

CRAT : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes

PNNS : Plan National Nutrition Santé

AINS : Anti inflammatoire Non Stéroïdiens

SARM : Staphylocoque Aureus Résistants à la Méthicilline

SA : Staphylocoque Aureus

OMS : Organisation Mondial de la Santé

DIULHAM : Diplôme Inter Universitaire Lactation Humaine et Allaitement Maternelle

HS : Hors Sujet

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

I - INTRODUCTION

L'allaitement maternel (AM) est un objectif de santé publique. Ses bienfaits sont reconnus à la fois pour le bébé, futur adulte en devenir ainsi que pour sa mère. Malheureusement, nous sommes un des pays européens où sa pratique est la plus faible, 52,6% de femmes allaitantes d'après l'enquête nationale périnatale de 2016(1). Seuls, 19% des bébés français sont encore allaités à 6 mois dont seulement 3% en allaitement exclusif. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande d'allaiter, exclusivement, pendant les 6 premiers mois et jusqu'à 2 ans, sinon plus, avec diversification.

Aujourd'hui, le parcours de la femme allaitante est encore chaotique, avec des discours contradictoires, un nomadisme médical et la persistance d'idées reçues.

Un projet de site internet à l'initiative de l'Université de Saint-Etienne est en cours de réalisation, par plusieurs futurs médecins généralistes. Son nom sera LACTACLIC®, dans la même gamme qu'ANTIBIOCLIC® ou GESTACLIC®.

Il a pour objectif de proposer des fiches synthétiques, référencées et actualisées par les données en cours et les avis professionnels, sur les problématiques rencontrées au cours de la pratique de l'AM. Ce travail sera le socle de la future fiche sur l'abcès du sein, complication rencontrée dans la pratique de l'AM.

Pour les médecins généralistes, la consultation pour abcès du sein au cours de l'AM est rare. Son incidence varie entre 0,4% et 11% de toutes les mères allaitantes.

Il complique fortement la poursuite de l'AM.

Le rôle du médecin généraliste, dans cet épisode de complication, est prépondérant.

L'objectif de ce travail est d'effectuer une revue systématique de la littérature médicale centrée patient.

I I – MATERIEL ET METHODES

Nous avons effectué une revue de la littérature sur la gestion de l'abcès du sein en soins primaires, chez la femme allaitante en bonne santé et le nouveau-né à terme.

Disposant d'une revue complète de la littérature publiée par l'Agence National d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) (2), au mois de Mai 2002, nous avons sélectionné les articles publiés à partir du mois de Mai 2002 et au-delà. Les dates d'inclusions se sont étendues du mois de Mai 2002 au mois de Juin 2018.

Nous avons utilisé le moteur de recherche Pub Med qui a été interrogé, à plusieurs reprises, en mai 2018 et en septembre 2018. Les recommandations de pratiques publiées par l'ANAES (2) en 2002 et l'OMS (3) en 2004 ont servi de référentiel.

Nous avons traité l'abcès du sein dans le cadre exclusif de l'allaitement maternel.

Les articles sélectionnés devaient porter sur la physiopathologie et/ou sur la prise en charge de l'abcès. Les publications incluses étaient rédigées uniquement en anglais ou en français. On y retrouve des guides de pratiques, des revues de la littérature, une étude descriptive rétrospective, une étude cohorte/cas témoin et une étude basée sur la population.

Dans un premier temps nous avons effectué une recherche avec les termes suivant : « breastfeeding », « breast abscess » and « primary care »; mais les résultats étant insuffisant, il a été décidé de réduire la recherche à « breastfeeding » et « breast abscess » seulement.

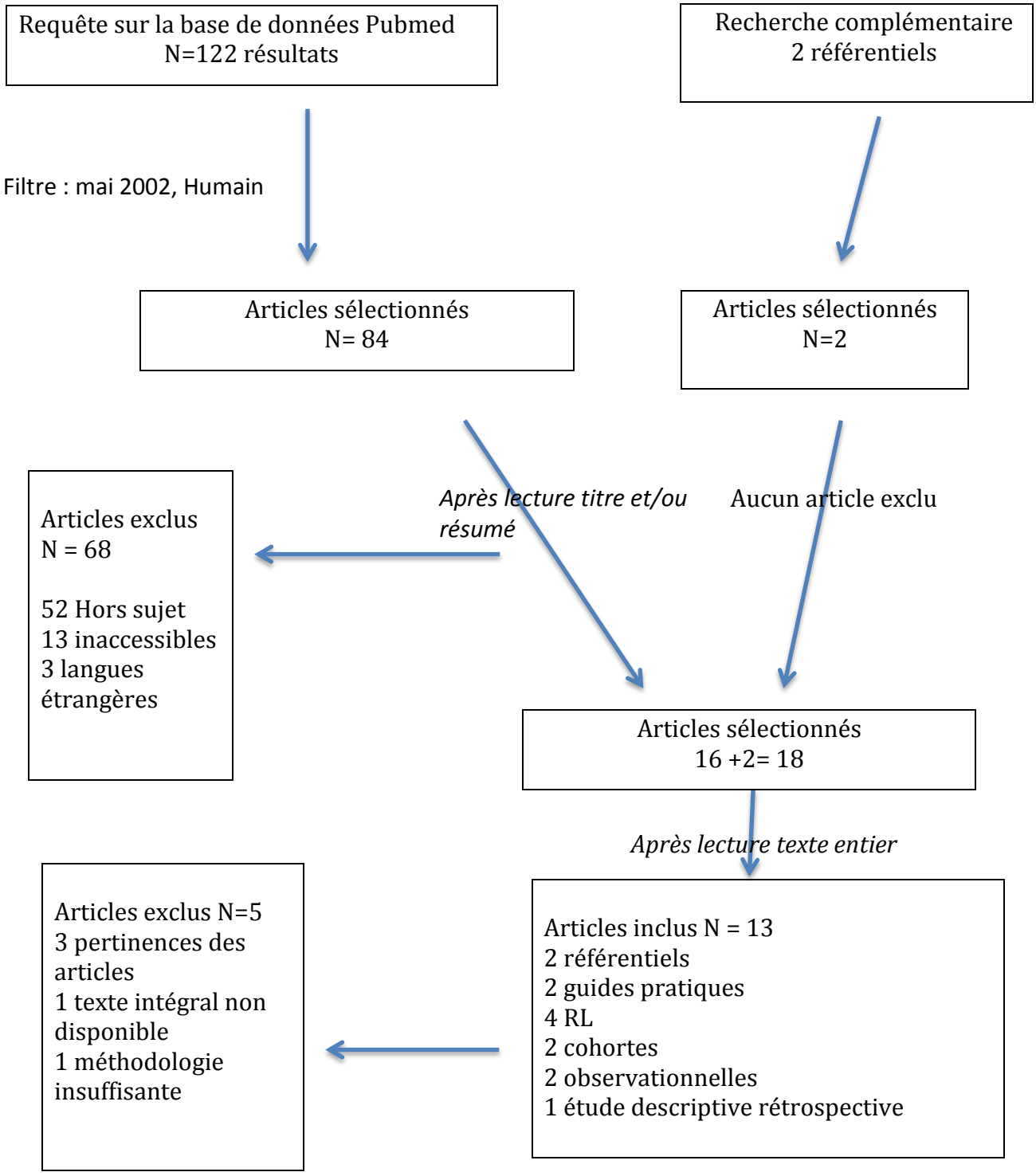
Nous avons effectué une recherche, de proche en proche, à partir de la bibliographie des articles sélectionnés et des recommandations de pratiques reconnues de manière nationale et internationale.

La sélection des articles a été effectuée par un seul investigateur, pour les revues de la littérature selon les critères PRISMA, pour les essais contrôlés et randomisés selon les critères CONSORT et enfin, pour les études de cohorte ou de cas témoins sur la base des critères du centre de recherches Cochrane.

Les articles qui ont été exclus sont disponibles en **annexe 1**.

III - RESULTATS

A - Diagramme de flux



B - Etat des lieux

1 - Epidémiologie

L'incidence des abcès du sein est de 0,4 à 11 % parmi toutes les femmes allaitantes : c'est une pathologie rare (4–8).

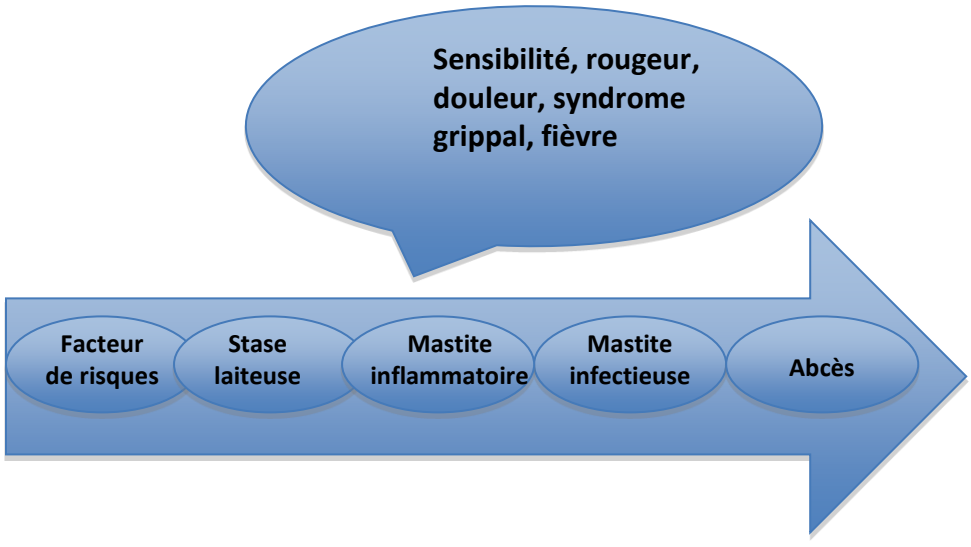
La plupart des abcès du sein se développent en tant que complication de la mastite; 3 à 11% (OMS) (5,8).

L'incidence de la mastite se situe entre quelques cas et 33% de femmes allaitantes (OMS 2004) (3).

La gestion de la mastite est prépondérante.

2 - Physiopathologie

L'abcès mammaire est une collection de pus qui se crée dans le sein. La formation d'une capsule est la conséquence d'une stase laiteuse prolongée, favorisée par une blessure du complexe aréolo-mamelonnaire (4–8).



3 - Microbiologie

L'organisme le plus souvent impliqué est le *Staphylococcus aureus (SA)*, il pénètre par fissuration de la peau via le mamelon (5,7–13). On retrouve, aussi, des *Staphylocoques à coagulase négative*, des espèces de *Streptococcus* et *Escherichia coli*, mais ils sont beaucoup plus rares (13).

La présence de plus en plus importante de *Staphylocoque Aureus Résistant à la Méthicilline* (SARM) dans l'abcès du sein a été constatée dans différentes études. Il convient que l'antibiothérapie initiale soit ciblée contre les SARM (exemple : pristinamycine) (9,11,13).

La culture peut être stérile dans 20,0 % à 60,0 % des cas, traduisant des faux négatifs, en raison de l'antibiothérapie mise en place lors du traitement de la mastite (7).

4 - Facteurs de risque

Au cours de l'allaitement maternel, le principal facteur de risque de formation d'un abcès du sein est **la mastite** (plus de 90% des femmes). Traiter la mastite est la clé pour éviter l'abcès (7,8,10).

Dans différentes études (7–10,12,14), plusieurs facteurs de risque ressortent :

- les femmes de plus de 30 ans ;

- les premières grossesses (faible parité), les mamelons sont susceptibles d'être endommagés, en raison de l'inexpérience maternelle ;

- l'âge gestationnel ≥ 41 semaines (aucune explication n'a été retrouvée).

Une analyse multivariée a confirmé 2 nouveaux facteurs de risque après l'accouchement (12) :

- être une mère employée à l'extérieur du foyer (odds ratio [OR], 2,74) ;

- l'identification des difficultés d'allaitement maternel par une consultante en allaitement ou une sage-femme en post-partum (OR, 5,00).

D'autres facteurs favorisants sont retrouvés : la fatigue maternelle, la difficulté de la mise au sein, une diminution des tétées, des crevasses, un embout siliconé, une mycose mammaire, un changement de rythme des tétées, l'inexpérience maternelle et une hygiène inadéquate.

Tout cela augmente la stase laiteuse et les portes d'entrée avec un risque infectieux (10,12,14).

On ne trouve pas de lien entre : le mode d'accouchement, le déclenchement du travail et l'utilisation d'ocytocine au cours de l'accouchement (12,14).

Trois périodes d'apparition de l'abcès se dessinent (8,14) :

- au cours du premier mois d'allaitement, 85% des abcès se produisent à ce moment-là (5,10,11,13) ;

- au cours du sevrage, lorsque les seins sont susceptibles de s'engorger ;

- après 6 mois, les dents du bébé augmentent la probabilité d'un traumatisme du mamelon (8,12).

5 - Localisation

61,2 % des abcès se trouvent majoritairement dans le quadrant supéro-externe et 15,7 % des cas (7) dans le quadrant inféro-interne. Ce constat semble logique puisque le quadrant supéro-externe est le plus riche en parenchyme glandulaire et que la partie supérieure du sein est la moins bien drainée, étant donnée la position d'allaitement du bébé en partie inférieure du sein (ballon rugby, madone, allongée).

L'abcès est à 94% le plus souvent unilatéral et profond (7,15).

C - Gestion en médecine générale

1 - Prévention

<u>Prévention primaire</u> :

Une éducation à l'allaitement lors de la grossesse ou même avant par des lectures et des cours de préparation a prouvé la diminution du taux de complications (5).

Lors des consultations de suivi classique du nouveau-né, l'examen systématique des seins est primordial. Il permettra au MG d'impliquer la mère dans la prévention. Il est indispensable qu'il lui explique les actions à réaliser quotidiennement :

- recherche d'une rougeur (regarder ses seins dans une glace) ;

- recherche d'une induration (palper, main à plat, ses seins lors de la toilette).

Ces gestes simples et essentiels permettront une prévention efficace de la mastite et donc de l'abcès (Avis d'expert).

La fatigue étant souvent un précurseur de mastite, les MG doivent rappeler l'importance du repos pour les mères qui allaitent (4,5).

Staphylocoque aureus est l'organisme le plus souvent retrouvé. Il ne faut pas négliger l'importance d'une bonne hygiène : lavage des mains, changements réguliers des coussinets d'allaitement, nettoyage méticuleux des téterelles du tire lait (7,9,10).

Prévention secondaire :

Lors de la consultation initiée par une douleur au sein ou un syndrome grippal lors d'un AM, il sera indispensable d'examiner les seins.

L'amélioration voire la disparition de toute gène doit se faire en 24-48H (4,5,7,10).

2 - Diagnostic et évaluation clinique en médecine générale

Le diagnostic d'abcès est basé sur l'examen clinique, et confirmé par l'échographie (7,10,11,13,14,16). Le tableau clinique est souvent sévère, avec rougeur, douleur, chaleur et œdème mais peut aussi être absent.

La douleur mammaire est le principal symptôme (5,8,10).

A l'examen clinique (6,8,10,11,14) il faut rechercher des signes inflammatoires : érythème, chaleur, ganglion sous axillaire, ainsi que : un engorgement localisé, des

signes d'endommagement du mamelon, une sensibilité dans une région du sein, une masse tendre et discrète qui peut être tendue ou fluctuante. Il faut également regarder si la peau sous-jacente n'est pas nécrosée.

Moins fréquent, l'abcès mammaire se présente sous forme froide, masse non sensible et sans érythème.

A l'examen général prendre la température, le pouls, la tension artérielle, afin d'exclure une septicémie qui nécessite une hospitalisation en urgence.

Il faut aussi pratiquer un *examen clinique du nourrisson (10)* : le poids, examen de la bouche pour éliminer une infection à candida (film blanc qui adhère à la muqueuse).

3 - Traitement en médecine générale

L'objectif du traitement est de soigner l'abcès rapidement et efficacement, en garantissant un bénéfice maximal pour la mère avec une interruption minimale de l'allaitement.

Taylor et **Way** ont clairement énoncé les principes du traitement : réduire l'infection et vider le sein (8).

Il est très difficile de scinder l'abcès de la mastite lors de l'examen clinique, leurs traitements sont intimement liés.

3.1 - Mesures générales

1er - La Vidange du sein douloureux doit s'effectuer le plus souvent possible, en positionnant le menton de l'enfant sur la zone douloureuse. La succion de l'enfant est l'action la plus efficace pour vider la zone indurée. Il faut donc augmenter la fréquence des tétées jusqu'à élimination complète de la zone. Si cela est trop douloureux, il faut vider le sein à la main ou avec un tire lait. Vérifier également la position de l'enfant (7).

2ème - Les antalgiques : le Paracétamol®, en cas de fièvre ou douleurs, 1g*4/j, l'ibuprofène® car il est considéré comme le plus efficace pour réduire les symptômes inflammatoires. Le tramadol® et opioïdes sont à éviter car ils ont un effet dépresseur sur le système nerveux central du nouveau-né (4,5,7,16).

3ème - Les antibiotiques : Le traitement des abcès du sein par des antibiotiques, sans retrait de pus, est considéré comme inefficace (9).

La prescription précoce d'une antibiothérapie, en cas de mastite, a fortement diminué la fréquence des abcès (15). Cette prescription doit se faire si la mastite n'est pas résolue dans les 24 à 48h, ou d'emblée, si la mastite est bilatérale et si nous sommes en post partum immédiat (infection nosocomiale possible).

La plupart des femmes ayant eu un abcès déclarent avoir reçu des antibiotiques à visées anti staphylococciques tel que l'érythromycine (dosage : 3*250mg/j), la clindamycine (dosage : 3*300mg/j), ou encore l'amoxicilline-acide clavulanique

(dosage : 2*1g/j) pour traiter une mastite (3). La durée recommandée est de 10 à 14 jours pour la mastite (4,12).

Il faut, par la suite, adapter l'antibiothérapie en fonction de l'antibiogramme (8,13), une fois le prélèvement réalisé. Un antibiotique efficace contre les staphylocoques résistants à la pénicilline a été recommandé.

Après la ponction la durée de l'antibiothérapie varie entre 5 à 10 jours (6,9,11,13).

4ème - Réévaluer à 24-48h, si il n'y a pas d'amélioration, des mesures spécifiques sont à envisager (6,10,13).

La vidange du sein doit être poursuivie tout au long de la prise en charge.

3.2 - Mesures spécifiques

Le généraliste peut être face à un abcès bruyant, il doit alors orienter, en urgence, la mère vers un spécialiste.

- L'échographie mammaire est l'examen de choix pour confirmer le diagnostic d'abcès, définir sa taille, le nombre et la localisation, et aussi réaliser le suivi (6,7,9,11–14).

Elle permet de faire un prélèvement bactériologique et d'avoir une option thérapeutique : une ponction aspiration drainage à l'aiguille.

Lors d’une mastite, après la mise en œuvre du traitement (antibiothérapie et conseils), l’absence d’amélioration dans les 24 à 48h doit inciter le médecin généraliste à demander une échographie en urgence.

Figure 1 : Echographie d'un abcès du sein : avant, pendant et après drainage



- **L'orientation** de la patiente doit être effectuée vers un spécialiste gynécologue ou radiologue. Le but est la mise à plat de l'abcès.

➢ L'aspiration du pus à l'aiguille guidée par échographie est actuellement le traitement initial de référence quelle que soit la taille de l'abcès. Plusieurs ponctions/aspirations sont parfois nécessaires. Elles permettent la poursuite de l'AM et un meilleur vécu pour la mère.



Figure 2 : Photos d'un abcès du sein, aspiration à l'aiguille et cicatrice

Disponible sur http://www.cpias-auvergnerhonealpes.fr/Reseaux/MATER/Journee/2014/5_Abces_sein_mastites_2014.pdf

- La chirurgie avec incision et drainage, longtemps considérée comme le « gold standard » thérapeutique, garde sa place en cas d'échec des traitements conservateurs ou en cas d'abcès récidivant ou chronique (15). Mais elle est souvent accompagnée d'un arrêt de l'AM et de douleurs importantes chez la mère en post opératoire immédiat et durant les soins infirmiers quotidiens.



Figure 3 : Photos d'un abcès du sein avec drain en place et cicatrice

Disponible sur http://www.cpias-auvergnerhonealpes.fr/Reseaux/MATER/Journee/2014/5_Abces_sein_mastites_2014.pdf

Tableau I : Avantages et inconvénients de la ponction et de l'incision : (8–13,15,16)

	Ponction à l'aiguille	Incision drainage
Avantages	- Technique moins invasive - moins de cicatrices, moins de fistules - moins douloureux - favorise la poursuite de l'allaitement - anesthésie locale - ambulatoire - plus grande satisfaction maternelle - meilleur résultat esthétique - coût moins important - délai de résolution plus rapide	- réussite quasi 100% - recommandée si échec de la ponction à l'aiguille
Inconvénients	- seulement forme simple - souvent nécessite plusieurs ponctions (1,9%) - échec possible (taux réussite de 82 à 91 %)	- anesthésie générale - hospitalisation - cicatrices disgracieuses et douloureuses - drain - pansement quotidien - souvent arrêt allaitement - séparation mère/bébé - détresse mère /bébé - temps de guérison prolongé

4 - Suivi et complication

La résolution complète de l'abcès va de 7 jours à 7 mois, avec 12% de fistulisation de la peau suite au drainage (13).

Le suivi échographique est variable selon les études; tous les 2 jours à toutes les semaines, jusqu'à résolution complète de l'abcès (7) puis un suivi est nécessaire à 1 et 3 mois.

5 - Diagnostics différentiels

L'échographie et la biopsie permettent d'établir le diagnostic exact. La clinique d'un abcès peut évoquer une tumeur, un canal lactifère bouché, un galactocèle, un fibroadénome, un kyste. L'hyperthermie sans douleur mammaire doit évoquer une complication infectieuse liée au post-partum : endométrite, pyélonéphrite (8,10,13).

6 – Poursuite de l'allaitement maternel

- Immédiate :

La poursuite de l'allaitement est très controversée, cependant l'abcès du sein n'est pas un motif de sevrage.

Toutes les dernières études sont unanimes pour encourager la poursuite de l'allaitement maternel avec les deux seins. Il devrait être poursuivi même du côté atteint ce qui est facilité par la ponction. Ainsi, la poursuite de l'AM améliore la guérison de l'abcès en permettant au sein d'être drainé (5,6,8,13). Si la mise au sein est douloureuse, un tire lait peut être utilisé ou l'extraction manuelle.

Il n'y a aucune preuve de préjudice pour la santé du nourrisson à téter le sein infecté.

Seulement deux études signalent qu'un arrêt de l'allaitement est souhaitable du côté atteint quand la bouche du nourrisson est en contact avec les tissus infectés (9,14).

Le sevrage brutal augmente la stase lactée et peut ainsi favoriser la persistance de l'abcès.

S'il existe une peur ou des angoisses de la mère, il y a la possibilité de poursuivre l'allaitement avec un seul sein, en mettant le sein atteint en sevrage (Avis d'expert).

- Nouvelle grossesse :

Il n'y a pas de contre-indication à un allaitement sur ce sein en cas de nouvelle grossesse, mais un suivi est souhaitable.

7 - Soutien psychologique de la femme allaitante

En plus de la douleur physique intense, l'abcès est souvent associé à des émotions complexes : dépression, détresse, anxiété, larmes, impuissance et inquiétudes au sujet de l'approvisionnement en lait (10).

Objectifs du MG :

- Soutenir et valoriser la mère, lui apporter l'assurance que son lait est précieux pour la santé de son bébé (Avis d'expert) ;

- Eviter au maximum la séparation maman/bébé pour la poursuite de l'allaitement ;

- Rassurer les femmes réticentes à prendre des médicaments (antalgiques, antibiotiques) par rapport aux risques pour le bébé, (vérification C.R.A.T.).

Tableau 2. Approche et prise en charge du généraliste face à une infection mammaire type abcès (10)

Évaluation clinique - Caractéristiques inflammatoires localisées (douleur, érythème, chaleur, œdème) - Caractéristiques systémiques (fièvre, malaise, myalgie) - Évaluation de l'hydratation et du poids du nourrisson, appréciation de la mise au sein
Gestion des symptômes - Analgésie simple - conseils vidange du sein atteint fréquent
Thérapie antibiotique - à visée anti staphylococcique type : pristinamycine, oxacilline, amoxicilline –acide clavulanique 10-14 jours - puis guidé par la culture microbiologique et la sensibilité
Soutenir la poursuite de l'allaitement maternel - Éducation et réassurance - Drainage régulier et complet des seins (utiliser un tire-lait si nécessaire) - Orientation vers une consultante en lactation ou diplômé DIUHLAM
Révision précoce et fréquente - Révision dans les 24-48 heures - demande échographie en urgence si pas d'amélioration - orientation vers un spécialiste pour ponction aspiration
Soutien psychologique - Rassurer et soutenir, valoriser, informer - Évaluation de l'état psychologique - Soutenir la poursuite de l'allaitement maternel.

IV – DISCUSSION

Le nouveau-né présente une croissance rapide au niveau organique et physique durant ses premières années de vie. Il a des besoins nutritionnels exigeants. Le lait maternel est reconnu au niveau international comme le lait biologiquement adapté à notre espèce et à son immaturité. La proximité physique et psychologique de la mère et de l'enfant crée des liens inestimables.

La promotion de l'AM par le médecin généraliste est un objectif principal de santé publique. Il se doit de dépister toute complication qui pourrait nuire à la poursuite de l'AM.

Internet est aujourd'hui un outil d'information indispensable pour le MG, mais la recherche de données fiables peut s'avérer longue et décourageante. Le site LACTACLIC® est un outil qui permettra d'obtenir des informations théoriques et pratiques, avec des mises à jour récentes dans le domaine de l'allaitement.

Attention à l'utilisation des AINS :

L'utilisation des AINS, notamment l'ibuprofène®, dans le traitement de la mastite puis des abcès est sujet à discussion. Les dernières recommandations datant de 2002 et le CNOGF le déconseillent, alors que plusieurs études récentes ont prouvé

son efficacité (7,9,16). Il permet une diminution de l'œdème et de la douleur, favorisant l'évacuation du lait. La stase laiteuse sera donc réduite et la guérison favorisée. La balance bénéfices/risques est considérée comme favorable pour la mère et le nourrisson.

Sa prescription doit être encadrée, et son utilisation conseillée sur une durée maximale de 3 jours, il convient d'arrêter dès régression de l'inflammation ou s'il y a aggravation de l'état local.

De façon générale il est recommandé d'utiliser les AINS à la dose minimale efficace, pendant la durée la plus courte possible (juillet 2013, règles de bon usage des AINS).

Echographie :

L'échographie permet de confirmer le diagnostic d'abcès. C'est un examen opérateur dépendant et le manque de formation des radiologues à l'échographie du sein lactant peut retarder le diagnostic (11) et la prise en charge et favoriser la formation d'un abcès plus gros. D'où la nécessité d'envoyer la patiente dans un centre de référence.

Le retard à la prise en charge des abcès est un des principaux facteurs d'échec de la ponction aspiration à l'aiguille (9,10,13). Une étude récente a montré que la taille de l'abcès n'a aucune incidence sur la réussite de la ponction (16).

Poursuite de l'allaitement maternel :

Le choix de la mère de poursuivre ou non l'AM doit être respecté et accompagné (10) par le MG en fonction de chaque situation (c'est une décision qui « centrée patient »).

A signaler : **Lam** 2014 ne recommande pas l'allaitement au sein affecté en raison de la présence d'organismes *staphylococciques*, ce qui exposerait l'enfant à un risque de pneumonie, d'abcès du poumon et de décès. Cette recommandation est en contradiction avec la littérature actuelle (9).

L'abcès du sein n'est pas un motif de sevrage (16). Les habitudes professionnelles, la peur des chirurgiens, celle des généralistes et la douleur maternelle favorisent l'arrêt de l'allaitement (6,7,10,11,13).

L'option chirurgicale par incision drainage endommage la glande et les canaux galactophores. L'écoulement du lait en sera plus délicat ce qui entraine une possibilité de stase et d'engorgement plus fréquente ultérieurement. Cet antécédent doit retenir l'attention du MG.

De plus si la patiente souhaite une nouvelle grossesse, l'allaitement sera plus compliqué mais loin d'être impossible.

Sa réussite favorise une cicatrisation psychologique pour la mère (Avis d'expert).

Seule, la douleur maternelle met en péril l'allaitement lors d'un abcès. Elle entraine aussi une détresse psychologique à ne pas négliger.

L'image corporelle peut être modifiée (refoulement du sein, de la cicatrice) ce qui nuit à la pratique de l'allaitement et perturbe le quotidien de la patiente. Des séquelles peuvent apparaître, la patiente refuse que le sein soit touché, vu, par elle ou par une autre personne. Cela peut également entrainer des difficultés dans des relations intimes.

Prise en charge spécialisée :

Les études montrent que l'aspiration écho guidée est aujourd'hui la pratique la plus recommandée(6–10,13). Les recommandations de 2002 nous orientaient vers la chirurgie, cela paraît aujourd'hui obsolète.

Malheureusement, beaucoup d'établissements pratiquent encore l'incision drainage, ce qui engendre de nombreux points négatifs pour la mère et la poursuite de l'AM.

D'où l'importance pour le généraliste de travailler en réseau avec des radiologues et des gynécologues formés en lactation, afin d'être efficace dans le diagnostic et conservateur dans le traitement.

Médecin généraliste et allaitement :

Le principal facteur de risque d'abcès est la mastite. Ne pas drainer le sein, prescrire une antibiothérapie inadaptée ou préconiser un sevrage brutal sont une mauvaise gestion qui favorise la formation de l'abcès.

Le généraliste doit se méfier des situations cliniques qui trainent, il doit réagir vite. Une absence d'amélioration sous deux jours au maximum doit déclencher d'autres investigations de la part du MG.

La formation actuelle des généralistes concernant l'AM est encore insuffisante. Si le MG ne maitrise pas l'accompagnement de l'AM, il doit orienter sa patiente vers du personnel formé (exemple : consultante en lactation, DIUHALM).

Des listes des consultantes en lactation par départements sont disponibles sur internet.

Notre revue ne regroupe que des études de grade B ou C. Il serait utile de faire un essai randomisé comparatif pour avoir des preuves de meilleur niveau.

Les indications données dans ce travail ne sont pas des recommandations officielles.

Vécu de la mère :

Pour compléter ce travail de recherche bibliographique, l'investigatrice a pu obtenir des témoignages de patientes grâce à la coopération d'une consultante en lactation (Madame Marie Courdent) qui s'intéresse de près aux abcès. C'est d'ailleurs elle qui a orienté le choix du sujet.

Ces données nous ont permis de voir l'abcès du point de vue de la patiente. La douleur, avant et surtout après une chirurgie drainage, est un des points importants.

L'allaitement est souvent mis en péril du fait des avis contradictoires du corps médical : il faut souvent que les mères protestent pour poursuivre l'allaitement après un abcès.

Ces lectures ne viennent pas interférer dans la construction de la revue de la littérature. Elles enrichissent les recherches et confortent dans une prise en charge par ponction aspiration ainsi que l'accompagnement des patientes, avant pendant et après un abcès.

Deux de ces entretiens sont disponibles en **annexe 2**. Ils pourront être mis à disposition pour un travail qualitatif.

V - CONCLUSION

Cette revue de la littérature met à jour la prise en charge, en médecine générale, de l'abcès du sein au cours de l'allaitement maternel.

L'abcès est une pathologie rare qui exige une prise en charge rapide et efficace afin de minimiser les effets secondaires et soutenir la poursuite de l'allaitement maternel. Il est important d'orienter la patiente vers un spécialiste expérimenté. L'échographie, sa réalisation et son interprétation doivent être réalisées par des intervenants habitués aux pathologies de la lactation. La ponction-aspiration percutanée écho guidée devrait constituer le traitement de première intention des abcès du sein. Le traitement chirurgical garde une place seulement en cas d'échec des procédures conservatrices ou d'abcès récidivant. La précocité du diagnostic et de la mise en œuvre du traitement permet la résolution la plus rapide de cette complication douloureuse.

La poursuite de l'allaitement maternel du sein affecté favorise la guérison et le drainage du sein. Ce choix se doit de respecter le désir maternel tout en mesurant la balance bénéfice -risque.

L'atteinte psychologique dans ce genre de pathologie est loin d'être anodine. Le MG ne doit pas la négliger.

Les PNNS (Plan National Nutrition Santé) successifs prônent avec vigueur l'allaitement maternel.

L'accompagnement et l 'encouragement à sa poursuite doivent retenir toute l'attention du médecin généraliste car c'est un facteur favorisant de santé pour les enfants et les mères.

La promotion de l'AM par les professionnels de santé est associée à une augmentation de sa durée.

La création de la fiche synthétique qui abondera le site LACTACLIC est la finalité de ce travail. L'objectif est de faciliter la prise en charge des généralistes dans un domaine souvent peu maîtrisé.

CONCLUSION

Cette revue de la littérature permet l'actualisation de la prise en charge en médecine générale de l'abcès du sein au cours de l'allaitement maternel.
L'abcès est une pathologie rare qui exige une prise en charge rapide et efficace afin de minimiser les effets secondaires et soutenir la poursuite de l'allaitement maternel. Il est important d'orienter la patiente vers un spécialiste expérimenté. L'échographie, sa réalisation et son interprétation doivent être réalisées par des intervenants habitués aux pathologies de la lactation. La ponction-aspiration percutanée écho guidée constitue le traitement de première intention des abcès du sein. Le traitement chirurgical garde une place uniquement en cas d'échec des procédures conservatrices ou d'abcès récidivant. La précocité du diagnostic et de la mise en œuvre du traitement permet la résolution la plus rapide de cette complication douloureuse.

La poursuite de l'allaitement maternel favorise la guérison et le drainage du sein abcédé. Ce choix se doit de respecter le désir maternel tout en mesurant la balance bénéfice-risque.
L'atteinte psychologique dans ce genre de pathologie est loin d'être négligeable. Le soignant doit prendre en compte cette composante.
Les PNNS (Plan National Nutrition Santé) successifs prônent avec vigueur l'allaitement maternel.
L'accompagnement et l'encouragement à sa poursuite doit retenir toute l'attention du médecin généraliste. C'est un facteur favorisant de santé pour les enfants et les mères.
La promotion de l'AM par les professionnels de santé est associée à une augmentation de sa durée.
La création de la fiche synthétique qui abondera le site LACTACLIC® est la finalité de ce travail. L'objectif est de faciliter la prise en charge des généralistes dans un domaine souvent peu maîtrisé et promouvoir la poursuite de l'allaitement maternel.

Clermont-Ferrand, le 16/5/19
Pierre CLAVELOU
Doyen - Directeur

Clermont-Ferrand, le 16 05 2019
Le Président du Jury
Pr C. CLERMONT

Références bibliographiques :

1. Claude. Enquête périnatale 2016 : les chiffres de l'allaitement [Internet]. [cité 8 avr 2019]. Disponible sur: https://www.lllfrance.org/vous-informer/actualites/1929-enquete-perinatale-2016-les-chiffres-de-l-allaitement
2. Allaitement_rap.pdf [Internet]. [cité 15 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf
3. OMS | Mastite: causes et prise en charge [Internet]. WHO. [cité 15 mai 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_00_13/fr/
4. Marcellin L, Chantry AA. Allaitement maternel (partie III) : complications de l'allaitement – Recommandations pour la pratique clinique. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 déc 2015;44(10):1084‑90.
5. Amir LH. ABM Clinical Protocol #4: Mastitis, Revised March 2014. Breastfeed Med. 1 juin 2014;9(5):239‑43.
6. 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.
7. 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. mars 2016;45(3):307‑14.
8. Kataria K, Srivastava A, Dhar A. Management of Lactational Mastitis and Breast Abscesses: Review of Current Knowledge and Practice. Indian J Surg. déc 2013;75(6):430‑5.
9. Irusen H, Rohwer AC, Steyn DW, Young T. Treatments for breast abscesses in breastfeeding women. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2015 [cité 1 avr 2019];(8). Disponible sur: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010490.pub2/full
10. Cusack L. Lactational mastitis and breast abscess - Diagnosis and management in general practice. :4.
11. Sun H-D, Teng S-W, Huang B-S, Hsiao S-M, Yen M-S, Peter Wang P-H. Combination of ultrasound-guided drainage and antibiotics therapy provides a cosmetic advantage for women with methicillin-resistant Staphylococcus aureus breast abscess. Taiwan J Obstet Gynecol. 1 mars 2014;53(1):115‑7.
12. Branch-Elliman W, Golen TH, Gold HS, Yassa DS, Baldini LM, Wright SB. Risk Factors for Staphylococcus aureus Postpartum Breast Abscess. Clin Infect Dis. 1 janv 2012;54(1):71‑7.
13. Lee I-W, Kang L, Hsu H-P, Kuo P-L, Chang C-M. Puerperal mastitis requiring hospitalization during a nine-year period. Am J Obstet Gynecol. oct 2010;203(4):332.e1-332.e6.
14. 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.
15. Netgen. Abcès du sein : privilégier la ponction-aspiration échoguidée [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-268/Abces-du-sein-privilegier-la-ponction-aspiration-echoguidee
16. rigourd. Prise en charge par ponctions écho-guidées des abcès du sein lactant et

poursuite de l’allaitement maternel | Gynéco Online [Internet]. [cité 10 avr 2019]. Disponible sur: https://www.gyneco-online.com/gynecologie/prise-en-charge-par-ponctions-echo-guidees-des-abces-du-sein-lactant-et-poursuite-de-l'allaitement

ANNEXES

ANNEXE 1 : Exclusions avant lecture

Année	Nom auteur	Journal de publication	Titre	raison d'exclusion
2017	Meretoja T, Ihalainen H, Leidenius M.	Duodecim.	Inflammations of the mammary gland.	Pas d'accès
2017	Saboo A, Bennett I.	ANZ J Surg.	Trends in non-lactation breast abscesses in a tertiary hospital setting.	HS
2017	Farouk O, Abdelkhalek M, Abdallah A, Shata A, Senbel A, Attia E, Elghaffar MA, Mesbah M, Soliman N, Amin M, El-Tantawy D.	World J Surg.	Rifampicin for Idiopathic Granulomatous Lobular Mastitis: A Promising Alternative for Treatment.	HS
2017	Belmajdoub M, Jayi S.	Pan Afr Med J.	[Cystic fibroadenoma detected incidentally in a patient with postpartum infectious mastitis].	HS
2016	Amir LH, Bearzatto A.	Aust fam physician	Overcoming challenges faced by breastfeeding mothers	HS
2016	Debord MP, Poirier E, Delgado H, Charlot M, Colin C, Raudrant D, Golfier F, Dupuis O.	Gynecol Obstet Biol reprod	Lactational breast abscesses: Do we still need surgery?	Pas d'accès
2016	Jahanfar S, Ng CJ, Teng CL.	Sao Paulo Med J	Antibiotics for mastitis in breastfeeding women	HS
2016	Larson KE, Valente SA.	the breast journal	Milk Fistula: Diagnosis, prevention, and treatment	HS
2016	Liu YY, Chen WC, Chen SL.	Hu Li Za Zhi	the continued breastfeeding experiences of women who suffer from brest abscess	Pas d'accès
2016	Wei J, Zhang J, Fu D.	Breastfeed Med.	Negative Suction Drain Through a Mini Periareolar Incision for the Treatment of Lactational BreastAbscess Shortens Hospital Stay and Increases Breastfeeding Rates.	pas d'accès
2016	Gandeeban K, Ramakrishnan M, Halawany HS, Abraham NB, Jacob V, Anil S.	J Clin Pediatr Dent.	The Role of Feeding Practices as a Determinant of the pufa Index in Children with Early Childhood Caries.	HS
2016	Akesson LS, Burnett JR, Mehta DK, Martin AC.	BMJ Case Rep.	Lipoprotein lipase deficiency presenting with neonatal perianal abscesses.	HS
2016	Mangesi L, Zakarija-Grkovic I.	Cochrane Database Syst Rev. 2016 Jun 28	Treatments for breast engorgement during lactation.	HS
2016	Schmidt J, Kwok C, Keenleyside A.	Am J Phys Anthropol. 2016 Feb	Infant feeding practices and childhood diet at Apollonia Pontica: Isotopic and dental evidence.	HS
2016	Bosma MS, Morden KL, Klein KA, Neal CH, Knoepp US, Patterson SK.	Emerg Radiol. 2016 Feb;23	Breast imaging after dark: patient outcomes following evaluation for breast abscess in the emergency department after hours.	HS
2016	Mangesi L, Dowswell T.	Cochrane Database Syst Rev.	Treatments for breast engorgement during lactation.	HS

Année	Nom auteur	Journal de publication	Titre	raison d'exclusion
2016	Leung SS.	Hong Kong Med J	Breast pain in lactating mothers.	Lecture complète HS
2016	Falco G, Foroni M, Castagnetti F, Marano L, Bordoni D, Rocco N, Marchesi V, Iotti V, Vacondio R, Ferrari G.	Allaitement Med .	Ultrasound-Guided Percutaneous Catheter Drainage of Large Breast Abscesses in Lactating Women: How to Preserve Breastfeeding Safely.	Texte intégral non disponible
2016	Liu YY, Chen WC, Chen SL.	Hu Li Za Zhi	[The Continued Breastfeeding Experiences of Women Who Suffer From Breast Abscess].	Langue
2016	Kang YD, Kim YM.	Échographie	Comparison of needle aspiration and vacuum-assisted biopsy in the ultrasound-guided drainage of lactational breast abscesses.	HS
2015	Berens PD	Clin Obstet Gynecol	Breast pain : engorgement, Nipple Pain , and Mastitis	Pas d'accès
2015	Gattuso J, Franks J.	Community Pract.	Lactation-related infections.	Résumé non disponible
2015	Jari I, Naum AG, Ursaru M, Manafu EG, Gheorghe L, Negru D.	Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi	BREAST INFECTIONS: DIAGNOSIS WITH ULTRASOUND AND MAMMOGRAPHY.	HS
2015	Yildiz S, Aralasmak A, Kadioglu H, Toprak H, Yetis H, Gucin Z, Kocakoc E.	Med Ultrason.	Radiologic findings of idiopathic granulomatous mastitis.	HS
2015	Malik S, Patil VA, Korday CS, Shah DP.	J Hum Lact.	Antepartum Mastitis: A Rare Occurrence.	HS
2015	Berens PD.	Clin Obstet Gynecol.	Breast Pain: Engorgement, Nipple Pain, and Mastitis.	Pas d'accès
2014	Giess CS, Golshan M, Flaherty K, Birdwell RL.	J Clin Ultrasound.	Clinical experience with aspiration of breast abscesses based on size and etiology at an academic medical center.	HS
2014	Boccaccio C, Verdaguer Babic V, Botto L, Cervetto MM, Cetani S, Paladino S, Conti R, Lanzillota A, Herrera R, Amarante D.	Medicina (B Aires)	Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) isolation in breast abscesses in a Public Maternity].	Langue
2014	Hagiya H, Shiota S, Sugiyama W, Otsuka F.	Breastfeed Med.	Postpartum breast abscess caused by community-acquired methicillin-resistant Staphylococcus aureus in Japan.	Pas d'accès
2014	Rosebush J, Summers R, Snitzer J, Jerris R, Satola S, Spearman P.	Pediatr Infect Dis J	Methicillin-resistant Staphylococcus aureus empyema Necessitatis in a breast-fed neonate.	HS
2013	Semrau K, Kuhn L, Brooks DR, Cabral H, Sinkala M, Kankasa C, Thea DM, Aldrovandi GM.	J Acquir Immune Defic Syndr.	Dynamics of breast milk HIV-1 RNA with unilateral mastitis or abscess.	HS
2013	Jahanfar S, Ng CJ, Teng CL.	Cochrane Database Syst Rev. 2013 Feb 28	Antibiotics for mastitis in breastfeeding women.	HS
2013	Cheng J, Ding HY, DU YT.	Zhonghua Bing Li Xue Za Zhi.	[Granulomatous lobular mastitis associated with mammary duct ectasia: a clinicopathologic study of 32 cases with review of literature].	HS
2013	Ghadiri F, Iranpour N, Yunesian M, Shadlou Z, Kaviani A.	Asian Pac J Cancer Prev.	Do the different reasons for lactation discontinuation have similar impact on future breastproblems?	HS

Année	Nom auteur	Journal de publication	Titre	raison d'exclusion
2013	Branch-Elliman W, Lee GM, Golen TH, Gold HS, Baldini LM, Wright SB.	PLoS One.	Health and economic burden of post-partum Staphylococcus aureus breast abscess.	HS
2013	Vertejee SS, Karamali NN.	J Pak Med Assoc.	Women's health: an achievable goal for public health nursing in Pakistan.	HS
2012	Martic K, Vasilj O.	J Hum Lact.	Extremely large breast abscess in a breastfeeding mother.	Pas d'accès
2012	Sulton-Villavasso C, Austin CA, Patra KP, Sankararaman S, Ray M, May R, Bordley C.	Pediatr Rev.	Index of suspicion. Case 1: Infant who has respiratory distress. Case 2: Abnormal behavior, seizures, and altered sensorium in a 7-year-old boy. Case 3: Fever and dysphagia in a 4-year-old girl.	HS
2011	Carbonnel M, Hirt R, Ayoubi JM.	Rev Prat. 2011 Feb	[Breastfeeding: what information do we need to give to expectant mothers?].	Pas d'accès
2011	Summers A.	Emerg Nurse.	Managing mastitis in the emergency department.	HS
2011	Semrau K, Kuhn L, Brooks DR, Cabral H, Sinkala M, Kankasa C, Thea DM, Aldrovandi GM.	Am J Obstet Gynecol.	Exclusive breastfeeding, maternal HIV disease, and the risk of clinical breast pathology in HIV-infected, breastfeeding women.	HS
2010	Deacon J, Rowan M, Keil AD, Hale TW.	J Hum Lact.	Re: MRSA as a cause of postpartum breast abscess in infant and mother.	HS
2010	Zuppa AA, Antichi E, Fracchiolla A, Carducci C, Catenazzi P, Romagnoli C.	Minerva Pediatr.	Breastfeeding and infectious diseases: state of the art].	HS
2010	Coutsoudis A, England K, Rollins N, Coovadia H, Newell ML, Bland R.	AIDS.	Women's morbidity and mortality in the first 2 years after delivery according to HIV status.	HS
2009	Leavitt G, Martínez S, Ortiz N, García L.	J Community Health.	Knowledge about breastfeeding among a group of primary care physicians and residents in Puerto Rico.	HS
2009	da Silva BB, Lopes-Costa PV, Pires CG, Pereira-Filho JD, dos Santos AR.	Trans R Soc Trop Med Hyg.	Tuberculosis of the breast: analysis of 20 cases and a literature review.	HS
2009	Jahanfar S, Ng CJ, Teng CL.	Cochrane Database Syst Rev.	Antibiotics for mastitis in breastfeeding women.	HS
2009	Chen HN, Lee ML, Yu WK, Lin YW, Tsao LY.	Pediatr Neonatol.	Late-onset Enterobacter cloacae sepsis in very-low-birth-weight neonates: experience in a medical center.	HS
2008	Spencer JP.	Am Fam Physician.	Management of mastitis in breastfeeding women.	HS
2008	Wilson-Clay B.	J Hum Lact.	Case report of methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) mastitis with abscess formation in a breastfeeding woman.	Non disponible
2008	Ringhofer J.	RN.	Treating the "whole" person.	Non disponible
2007	Agrawal A, Kissin M.	Br J Hosp Med (Lond).	Breast abscess.	HS
2007	Chambers AH, Wagner CL.	Breastfeed Med.	History: a lesson from the past: excerpts from a clinical lecture on the treatment of a breastabscess, by Dr. Gunning S. Bedford (c. 1855).	Pas d'accès

Année	Nom auteur	Journal de publication	Titre	raison d'exclusion
2007	Bland RM, Becquet R, Rollins NC, Coutsoudis A, Coovadia HM, Newell ML.	Clin Infect Dis.	Breast health problems are rare in both HIV-infected and HIV-uninfected women who receive counseling and support for breast-feeding in South Africa.	HS
2007	Romero C, Lombardía J, Almenar A, Calvo P, Fandiño E, Aso S, Carreira C.	Radiologia.	[Diagnosis and treatment of benign breast lesions during pregnancy].	HS
2007	Hwang JB, Park MH, Kang YN, Kim SP, Suh SI, Kam S.	J Korean Med Sci.	Advanced criteria for clinicopathological diagnosis of food protein-induced proctocolitis.	HS
2007	Baslaim MM, Khayat HA, Al-Amoudi SA	World J Surg.	Idiopathic granulomatous mastitis: a heterogeneous disease with variable clinical presentation.	HS
2007	De Allegri M, Sarker M, Hofmann J, Sanon M, Böhler T.	BMC Public Health	A qualitative investigation into knowledge, beliefs, and practices surrounding mastitis in sub-Saharan Africa: what implications for vertical transmission of HIV?	HS
2007	Betzold CM.	J Midwifery Womens Health.	An update on the recognition and management of lactational breast inflammation.	Pertinence après lecture
2006	Cignacco E, Zbinden A, Surbek D.	Pflege.	[Ongoing breastfeeding with breast abscess].	Langue
2006	Hayakawa S, Masuda H, Nemoto N.	Med Hypotheses.	Rembrandt's Bathsheba, possible lactation mastitis following unsuccessful pregnancy.	HS
2005	Christensen AF, Al-Suliman N, Nielsen KR, Vejborg I, Severinsen N, Christensen H, Nielsen MB.	Br J Radiol	Ultrasound-guided drainage of breast abscesses: results in 151 patients.	HS
2005	Rahal RM, de Freitas-Júnior R, Paulinelli RR.	Breast J.	Risk factors for duct ectasia.	HS
2004	Diesing D, Axt-Fliedner R, Hornung D, Weiss JM, Diedrich K, Friedrich M.	Arch Gynecol Obstet.	Granulomatous mastitis.	HS
2004	L'Italien A, Starceski PJ, Dixit NM.	J Pediatr Endocrinol Metab.	Transient hypothyroidism in a breastfed infant after maternal use of iodoform gauze.	HS
2004	Peters J.	Zentralbl Gynakol.	Mastitis puerperalis - causes and therapy].	HS
2004	Agostoni C, Axelsson I, Goulet O, Koletzko B, Michaelsen KF, Puntis JW, Rigo J, Shamir R,	J Pediatr Gastroenterol Nutr.	Preparation and handling of powdered infant formula: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition.	HS
2003	Cantrill RM, Creedy DK, Cooke M.	Midwifery	An Australian study of midwives' breast-feeding knowledge.	HS
2003	Rogmans G.	Zentralbl Gynakol.	[Mastitis puerperalis].	HS
2002	Hillenbrand KM, Larsen PG.	Pediatrics.	Effect of an educational intervention about breastfeeding on the knowledge, confidence, and behaviors of pediatric resident physicians.	HS
2002	Amir L	Breastfeed Rev	Breastfeeding and Staphylococcus aureus: three case reports.	HS

ANNEXE 2 : Témoignages

MARYLINE G.

« Bébé est né J+6 par césarienne, dernier recours possible après près de 48h de travail inefficace par déclenchement.
La tétée d'accueil s'est très bien passée ainsi que la montée de lait pendant le séjour à la maternité.

Le retour à la maison fut assez périlleux avec des contraintes que je n'imaginais pas.
A une semaine, j'ai commencé à faire un engorgement avec fièvre au sein droit.
Malgré toutes les techniques appliquées (position de la louve pendant tétées, massages, application chaud/froid), cet engorgement n'a jamais vraiment été enrayé à 100%.

En effet, à ses 3 semaines, je remarque une boule douloureuse dans le sein droit ainsi qu'une rougeur avec légère fièvre : je soupçonne une mastite.
Je pars au service urgences de la maternité où j'avais accouché le lendemain soir. Une consultation d'à peine 10mn me confirme la mastite mais selon eux non infectieuse : recommandations habituelles : chaud/froid etc. + prise d'ibuprofène

3 jours passent, la fièvre continue, la douleur augmente, le sein rougit et la masse grossit. Je retourne donc aux urgences.
On me confirme une mastite infectieuse et me prescrit des antibiotiques (Floxapen) en plus de l'ibuprofène toutes les 8h.
48h passent, je ne sens aucune amélioration notable.
On me fait une échographie détaillée, une collection s'est créée, c'est un abcès. Le jour même on me tente une ponction sans anesthésie ; j'ai hurlé de douleur. Une seringue de presque 20ml de lait infecté.

Suite à cette ponction, on me fait changer d'antibiotiques (Augmentin).
Une semaine plus tard, l'évolution est trop faible, il est décidé de procéder à une incision : opération prévue pour le lendemain.
Cela s'est passé tellement vite que je n'ai même pas eu la possibilité de tirer du lait pour mon fils afin qu'il puisse avoir de quoi se nourrir pendant mon absence.
Rongée par la fatigue et par l'opération, Bébé ne passe pas la nuit avec moi à l'hôpital et se fait nourrir pour la première fois au lait maternisé…
Le lendemain, on me retire la mèche (drain) et je sors.

Cela fait maintenant une semaine que je me suis faite opérée ; Bébé est toujours en allaitement mixte et préfère de plus en plus les biberons…
Ce matin, j'ai revu le gynécologue de mon accouchement qui me confirme que Bébé peut reprendre mon sein droit malgré la plaie (protégée par pansement) et qu'il est même fortement recommandé de le faire, sauf si la douleur est insupportable. J'ai rendez-vous avec une consultante en lactation vendredi.
J'ai peur qu'il ingère du lait infecté ou que la plaie se rouvre.
Je veux reprendre l'allaitement exclusif et arrêter l'allaitement mixte.
J'ai mal après la tétée au sein opéré mais je veux y croire, je veux y arriver.

Je vous remercie d'avoir pris le temps de me lire.

Bien cordialement. »

ALICIA W.

« J'ai eu un abcès au sein droit qui a été opéré 2 mois et demi après l'accouchement de mon 1er enfant (mai 2015). Voici quelques éléments :

Pourquoi avez-vous fait un abcès ?
La mastite n'a pas été traitée suffisamment et elle a doucement dégénéré en infection.

Qui a fait le diagnostic ?
La mastite a été diagnostiquée par la sage-femme qui m'a montré comment exprimer efficacement le lait sans douleur : je n'ai jamais réussi à reproduire le geste !
L'infection a été diagnostiquée par un médecin généraliste consulté en urgence (zone gonflée, violacée et très douloureuse) qui l'a confirmée par une prise de sang. Une visite à la maternité le soir même a montré par échographie que l'abcès était gros comme un poing.

Avez-vous eu un ou plusieurs abcès ?
1 seul... C'est suffisant !

Quelle a été la prise en charge de ce ou ces abcès ?
L'abcès a été opéré le lendemain par le gynéco chirurgien de garde. Je suis arrivée le matin aux urgences de la maternité avec un abcès "percé "(du lait et du pus sortait par la zone), c'était aussi impressionnant que douloureux.

Si incision, à quel endroit du sein a t-elle été réalisée ?
L'incision a été réalisée sur la zone, c'est à dire sur la partie haute, à gauche du sein droit, en plein dans le décolleté !

Avez-vous été hospitalisée ? Combien de temps ? Avec votre bébé ?
Hospitalisation d'une journée, sans bébé (vu comment j'ai pleuré de douleur et vu que je suis très vulnérable en environnement hospitalier, donc pas rassurante du tout, c'était aussi bien que mon garçon ne soit pas là)

Quels ont été les soins post-opératoires ?
Lame+ poche pour récupérer les sécrétions, soins infirmiers quotidiens pour tirer la lame puis soigner la plaie. J'ai eu du mal à me procurer certains articles pour les soins, notamment les poches (inexistantes en pharmacie ou facturée 50 euros la poche non remboursés): c'est le gynéco qui m'a dépannée en m'en donnant quelques unes.

Combien de temps ont duré les soins infirmiers ?
Presque 2 mois : la cicatrisation a été très longue.

Avez-vous continué à allaiter sur le sein malade ? Sur l'autre ?
Non, j'ai arrêté immédiatement. Le sevrage avait commencé et a donc été terminé plus vite que prévu. Le bébé ne voulait plus du sein malade depuis plusieurs tétées et le médecin généraliste m'a dit que je risquais de lui transmettre du pus. Avec la poche, c'aurait été impossible de continuer : les bébés de 3 mois ne contrôlent pas leurs gestes et je n'étais pas assez experte de l'allaitement pour prendre le risque.

Avez-vous eu d'autres enfants après cet abcès? Les avez-vous allaités ?
Oui, je viens juste d'accoucher du 2eme, que j'allaite pour l'instant, avec un seul mot d'ordre : au moindre problème, je n'insiste pas et j'arrête. Ma nouvelle sage-femme m'a expliqué qu'il existait des traitements ou manipulations qui auraient pu permettre d'éviter l'incision.

Quel est l'état de ce sein aujourd'hui, x années après ?
J'attends la fin de l'allaitement du 2eme pour faire pratiquer une chirurgie visant à remplacer l'actuelle cicatrice située en plein décolleté (cicatrice ovale de 1,5x3 cm, rouge, irrégulière et toujours bombée) par un simple trait.

Et qu'aimeriez-vous dire au médecin, au chirurgien, aux radiologues, aux infirmières... qui vous ont prise en charge ?
J'aurais eu besoin de davantage d'accompagnement pour éliminer la mastite : sage-femme, médecin traitant,... J'avais besoin qu'ils m'aident, qu'ils fassent avec moi. La jeune mère que j'étais s'occupait au mieux de son bébé, au détriment d'elle même. J'ai donc " laissé traîné" au fil des tétées. J'avais en plus des scrupules à "jeter" du lait que j'avais déjà beaucoup de mal à tirer. Enfin, dans une telle période de fragilité et de vulnérabilité pour la jeune maman (fatigue post accouchement, nouvelles habitudes avec un nouveau né, etc.), toute marque de soutien psychologique était la bienvenue. »

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

UFR DE MÉDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
Université Clermont Auvergne

RESUME DE LA THESE

CONTEXTE : Les bénéfices de l'allaitement maternel sont reconnus. L'abcès du sein est une des complications qui engendre souvent un arrêt de l'allaitement maternel et une détresse de la mère. Le médecin généraliste est un des acteurs principaux dans cette gestion. Un site internet est en création LACTACLIC® afin de le guider.

OBJECTIF : Elaborer une revue systématique de la littérature sur la prise en charge de l'abcès du sein, au cours de l'allaitement maternel par le médecin généraliste et autres soignants. Créer une fiche synthétique pour abonder le site internet LACTACLIC®.

METHODE : Revue systématique de la littérature de Mai 2002 à Juin 2018 sur la base de données PUBMED.

RESULTATS : Sur 122 résultats, 19 articles ont été sélectionnés sur le titre et le résumé. Après lecture du texte intégral, 13 ont été sélectionnés.
La prise en charge consiste à vider le sein et soulager la douleur. Demander une échographie par un spécialiste habitué à l'échographie du sein en lactation afin d'évacuer l'abcès le plus rapidement possible. Une antibiothérapie adaptée au résultat du prélèvement est prescrite. L'évacuation par aspiration à l'aiguille est le traitement à favoriser par rapport à l'incision drainage. La poursuite de l'allaitement même du sein atteint doit être encouragée. Le généraliste joue un rôle primordial dans la prévention, le dépistage et l'accompagnement des patientes.

CONCLUSION : Le niveau de preuve des articles sélectionnés est faible (grade B-C et avis d'expert). Toutefois cela nous permet d'établir une pratique actualisée grâce aux données en cours. Le but est aussi de promouvoir la poursuite de l'allaitement maternel en mesurant la balance bénéfice-risque.

Mots clés :
Allaitement maternel
Abcès du sein
Echographie
Ponction à l'aiguille et aspiration
Soutien psychologique
Médecine générale