

Journée de l'Association des Lactariums de France (ADLF)

30 novembre 2018, Paris



Réseau de Santé Périnatal Parisien
Des professionnels ensemble
au service des mères et des enfants

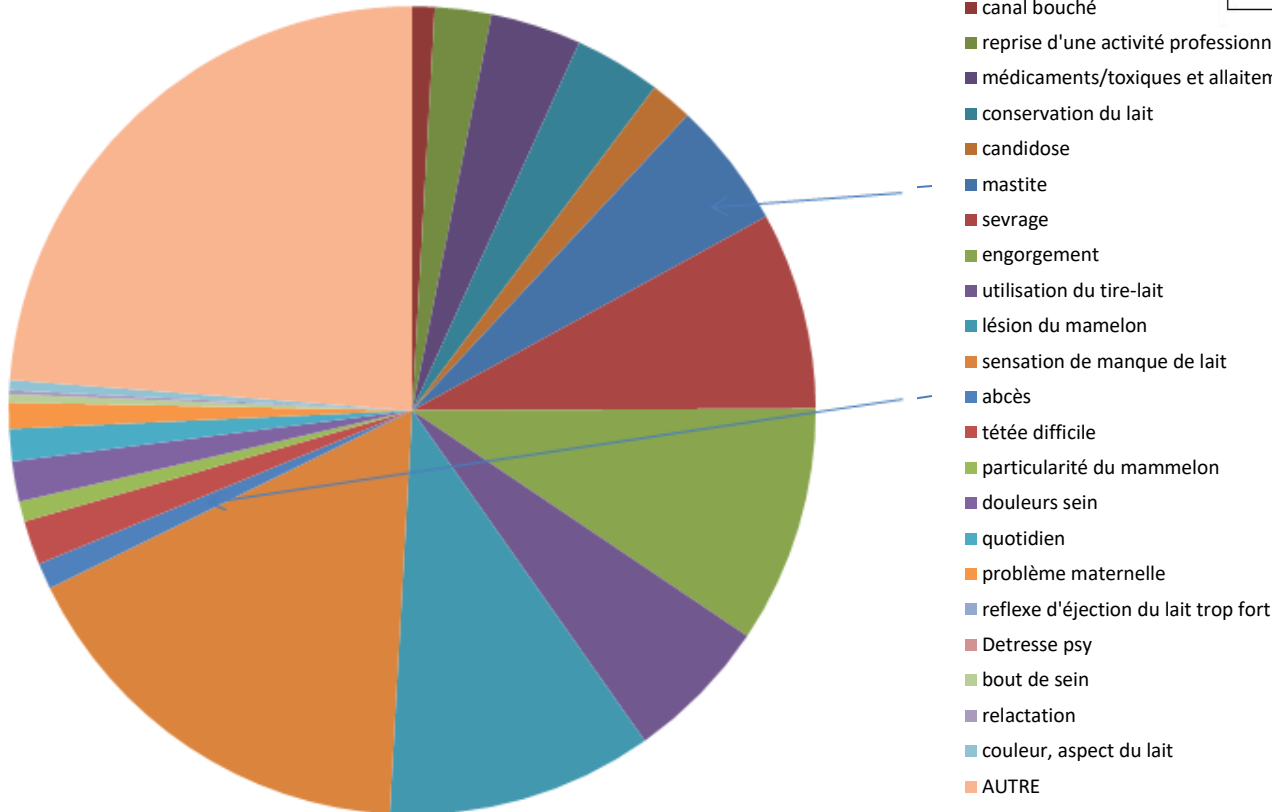
Abcès du sein lactant: une prise en charge précoce et optimale pour prévenir les sevrages et la chirurgie



Epidémiologie

NUMERO VERT: mastite 63 (5%) abcès 13 (1%)

motifs d'appel côté maman (1240 appels en 2016)



Ce que dit la littérature?
(Kent 2015, Kvist 2005)

Mastite 10%, abcès 0,6%

SOS ALLAITEMENT 75

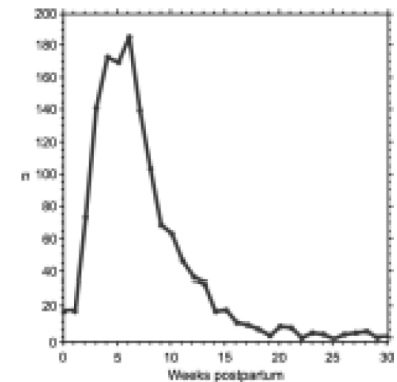
Numéro Vert : 0 800 400 412



Ouvert de :

- 19h à 22h en semaine
- 10h à 20h le week-end et jours fériés

Appel gratuit



Prise en charge



Réseau de Santé Périnatal Parisien
Des professionnels ensemble
au service des mères et des enfants

① Augmenter les mises au sein – revoir position / efficacité tétée
Si tétée impossible ou inefficace → expression manuelle ou recueil au moyen d'un tire lait

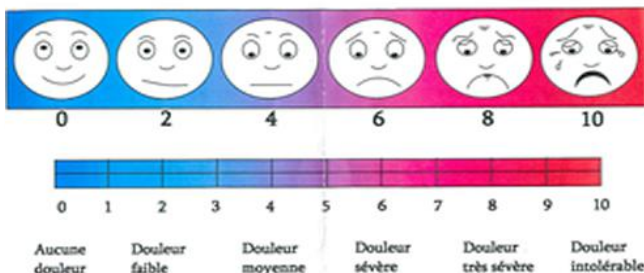
② ANTALGIQUES

- **Paracétamol** en cas de fièvre ou de douleur
1g X 4 / j
- Application de froid après tétée

Surveiller à l'aide d'échelle de la douleur



L'évaluation de la douleur



Cette plaquette d'information sur la douleur vous est proposée par le CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur) de la Clinique Maussini-Nollet - 9/06/2009

③ Anti-inflammatoires sous surveillance

- **Ibuprofène** (Rigourd V Ther Drug Monit. 2014) 200-400mg X 3 /j
- Si ① ② ne suffit pas
- arrêter
 - dès régression de l'inflammation
 - ou si aggravation de l'état local

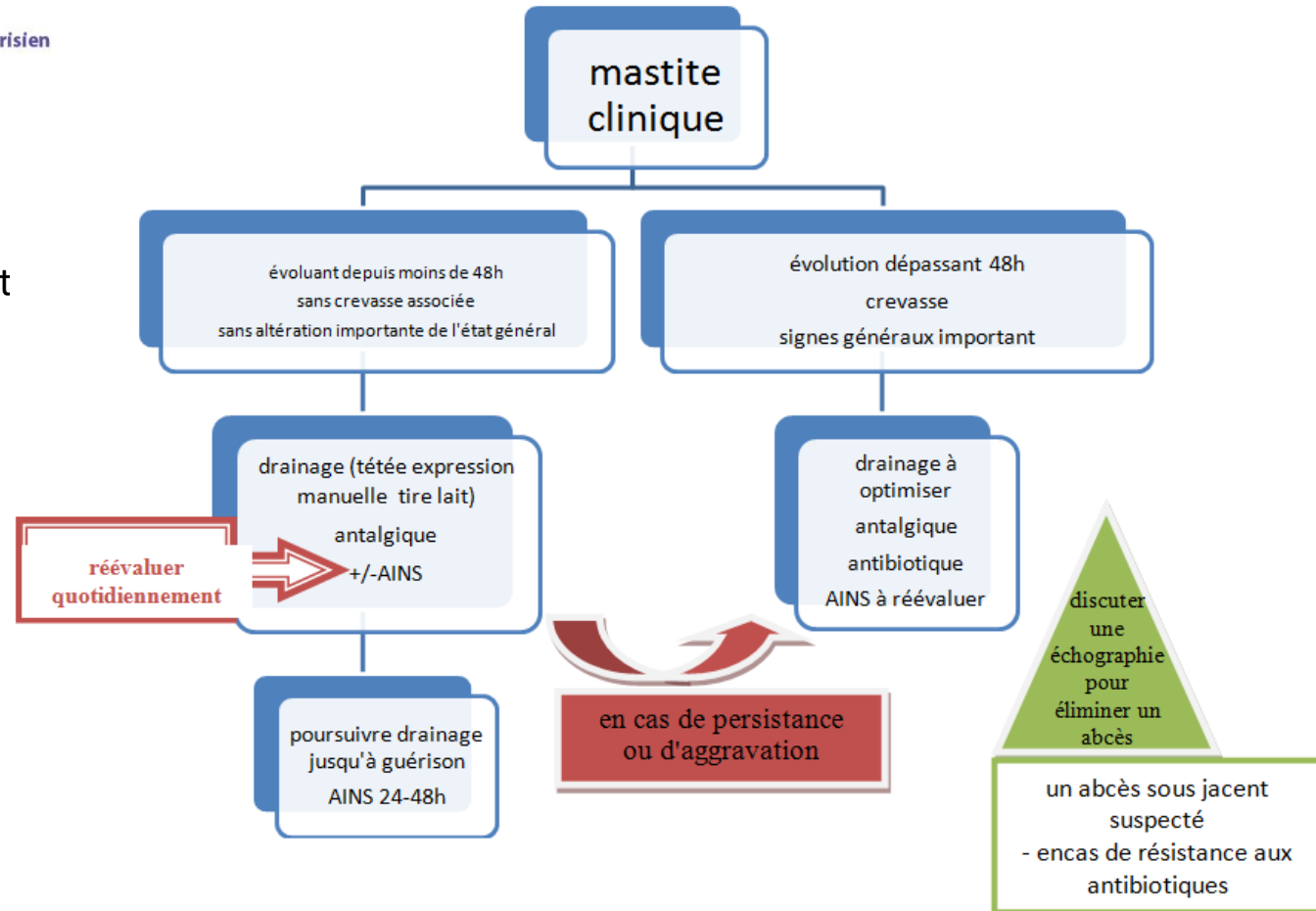
④ Antibiotiques

- Pas automatique
- Si signes de gravité :
 - Crevasse(s) surinfectée(s)
 - Tableau sévère avec fièvre élevée et persistante
 - Tableau non résolutif en 24-48h malgré une bonne vidange du sein (ANAES 2002)

La prise en charge doit être ré-évaluée toutes les 12 à 24h

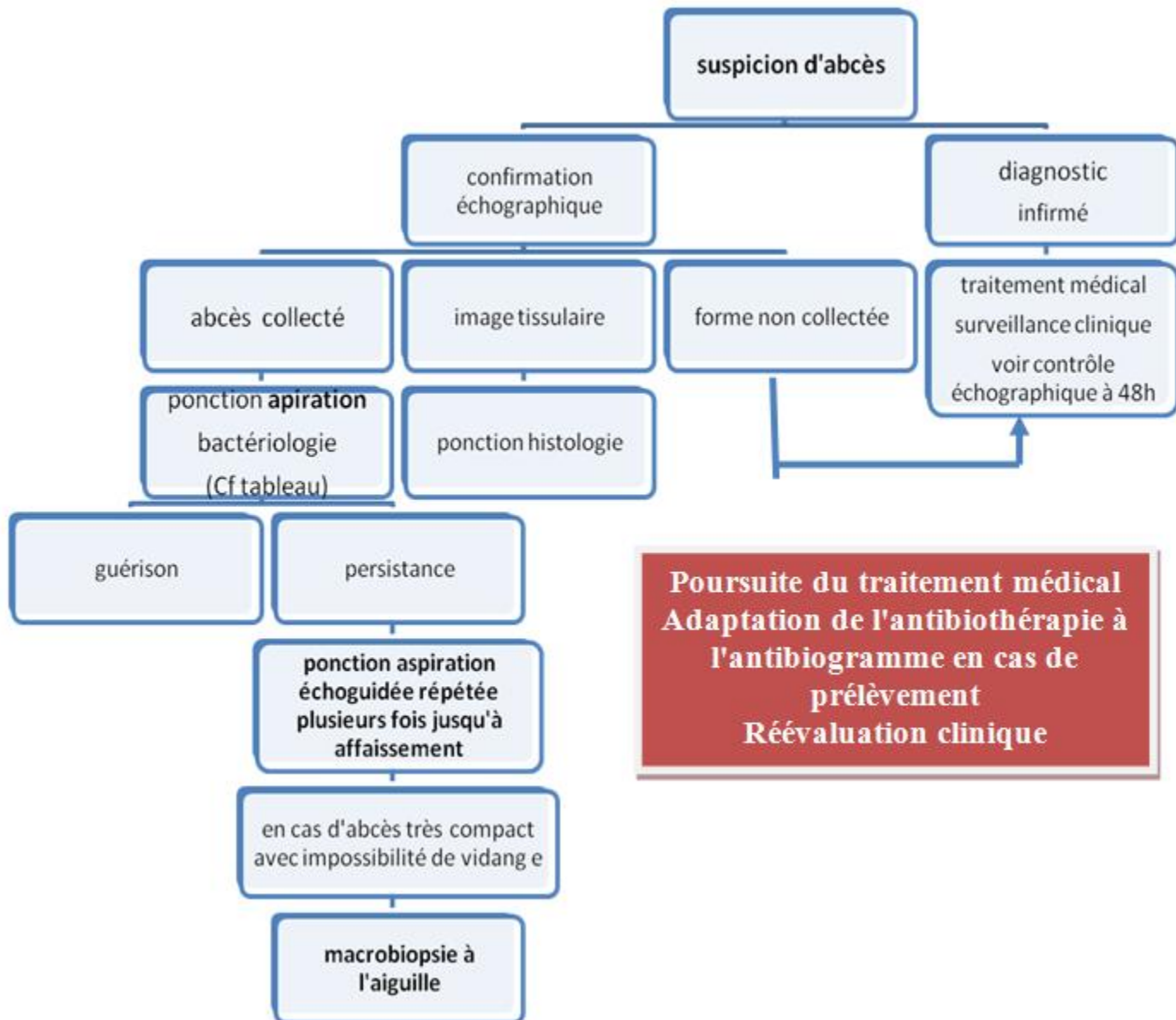


et



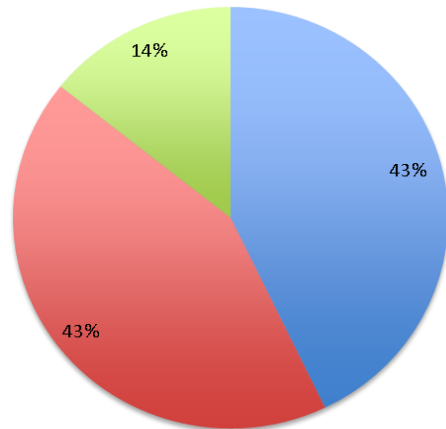
- Savoir dépister les de risque gravité
- Réévaluer l'indication des AINS
- Savoir poser l'indication des antibiotiques
- savoir diagnostiquer les complications: abcès
- Savoir apprécier les conséquences côté bébé (baisse de lactation)

Organigramme: abcès du sein lactant



Etudes prospective sur les pratiques professionnelles dans la prise en charge de l'abcès par des questionnaires envoyés par mail via le RSPP: 45 questionnaires (Anne-Sophie Couve de Murville Sage-femme Mémoire DIULHAM)

Prise en charge de l'abcès du sein

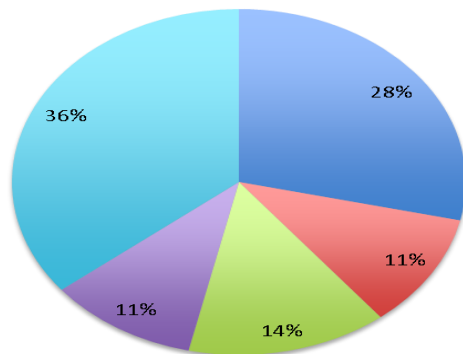


71% pensent que la ponction seule traite moins de 20% des abcès.

Comment mieux faire?

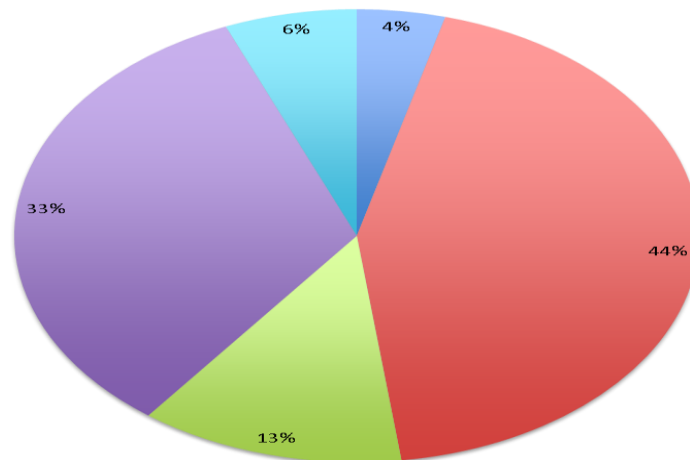
- Incision chirurgicale d'emblée
- Ponction en première intention
- Dépend des caractéristique de l'abcès

Diamètre limite contre-indiquant la ponction



- 3 cm
- 4 cm
- 5 cm
- > 5 cm
- Abstention

Existence de critère indiquant une incision d'emblée



- Non
- Récidive d'abcès
- Intensité de la douleur
- Souhait de la patiente
- Autre

Résultat d'une étude menée au sein du RSPP



Prise en charge par
ponctions écho-
guidées des abcès
du sein lactant et
poursuite de
l'allaitement
maternel



Jean-Yves SEROR



Virginie RIGOURD

Juin 2018

V Rigourd¹, N Baumot², E Bille³, B Pommeret⁴, A Guyonnet⁵, E Leroy⁶, MS Murmu¹, JY Seror⁷

1 - Hôpital Universitaire Necker - Enfants malades, Lactarium Régional d'Ile de France, 149, rue de Sèvres - 75743 Paris Cedex 15

2 - Email : virginie.rigourd@nck.aphp.fr Réseau de Santé Périnatale Parisien, Paris

3 - Hôpital Universitaire Necker – Microbiologie, Paris

4 - Sage-femme, Lille

5 - Maternité Necker Enfants malades, Paris

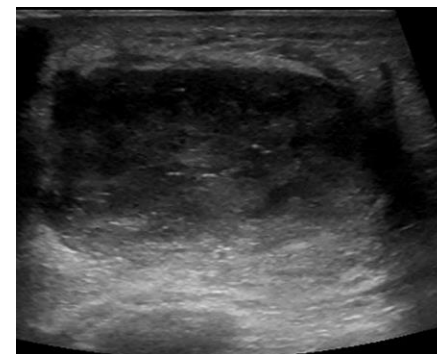
6 - Néonatal Necker Enfants malades, Paris

7 - Centre d'imagerie médicale Duroc, Paris

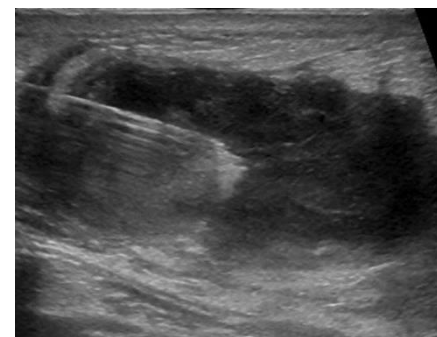
Technique de ponction (voir film)

Matériel	1 aiguille 14G Seringue 10cc et 30cc 1 flacon de xylocaïne Biseptine Compresse stériles 5X5 Compresse non stériles Gel stérile 1 cupule Gants Ampoules de sérum physiologique 20cc Stéri-strip 1 flacon sec (bouchon rouge)
Anesthésie locale	Désinfection de la zone à la biseptine Anesthésie à la xylocaïne
Technique	
❶ Ponction sous échographie	Guidage échographique aiguille parallèle au plan profond Rincage au sérum physiologique si besoin (en cas de cloisons)
❷ Macrobiopsie	Macrobiopsie sous aiguille de 10G Mise en place d'un drain 8F sous local avec lavage quotidien Nettoyage de la peau en fin d'examen Stéri strip sur le point d'entrée de l'aiguille Compresse stérile tenue par le soutien gorge à retirer le soir Mettre le prélèvement bactériologique dans le pot sec
Compte rendu type d'échographie	Envoyé à la patiente et au référent allaitement
Surveillance	Contrôle Clinique H24 Echographique J2-3 et J7-8

abcès



Ponction aspiration sous échographie aiguille 18G

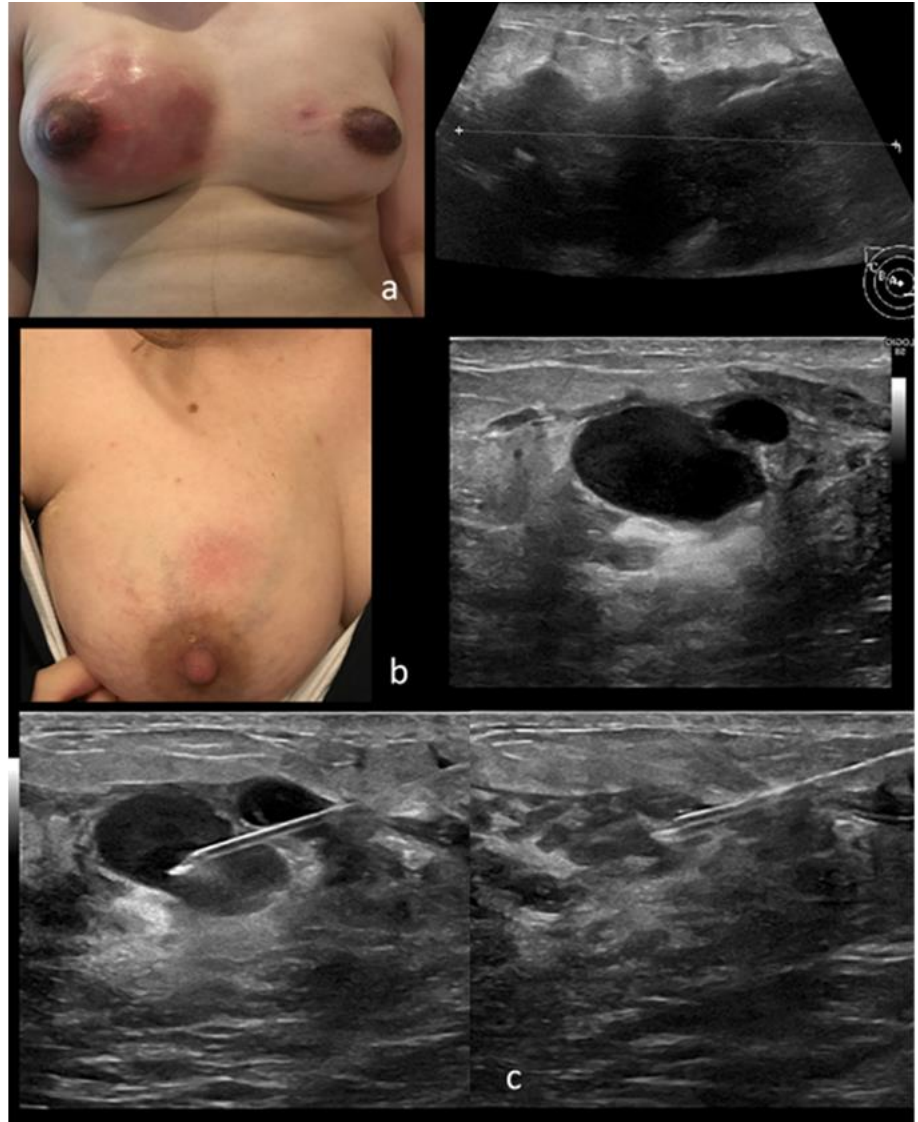
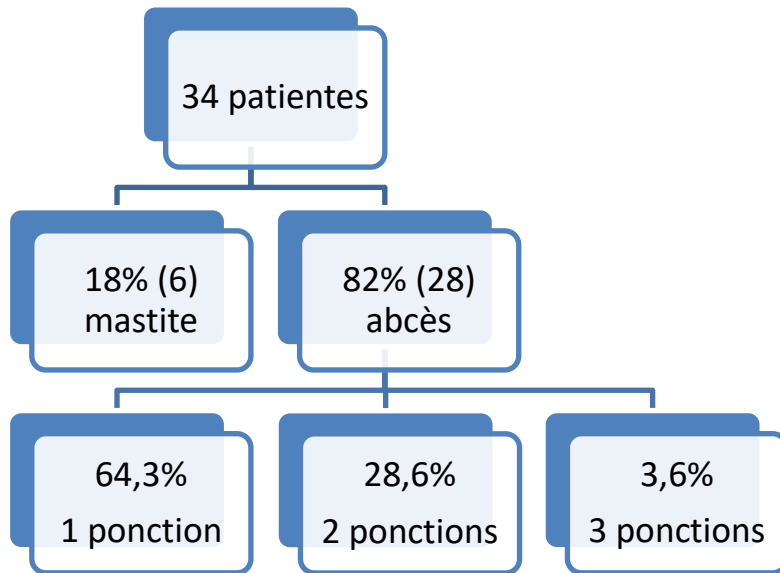


Post ponction



Etude rétrospective descriptive et monocentrique

- Population: patientes adressées pour un abcès du sein lactant au centre d'imagerie Duroc Paris (n = 34).

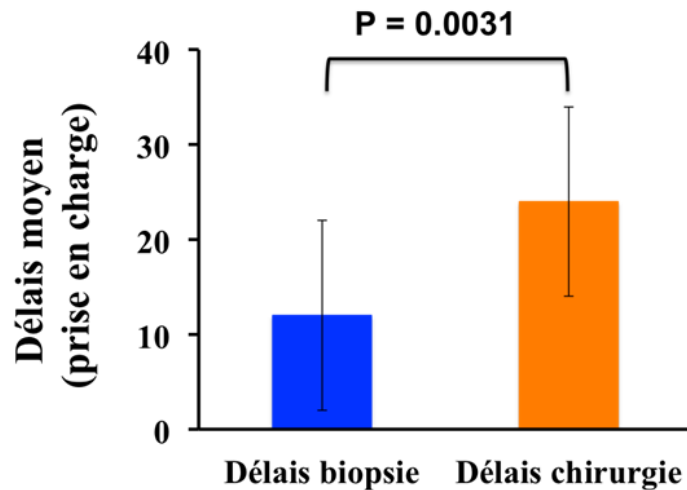
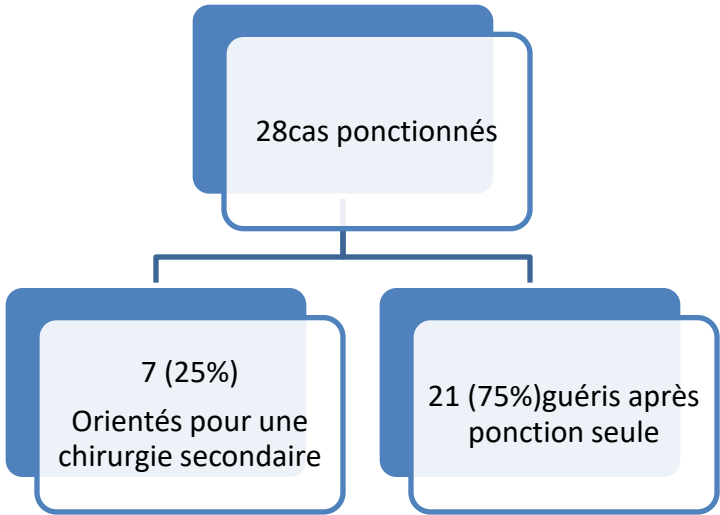


A / Consultation pour mastite avec abcès (8 cm) J8 antibiothérapie non efficace. Ponction drainage et changement antibiotique (Pyostacine 3g). Poursuite de l'allaitement

B/ contrôle J4 après Ponction. Persistance d'une collection sensible

C/ Deuxième Ponction à J8

Résultats



	Groupe ponction	Groupe chirurgie	
Taille moyenne de l'abcès (mm)	40,18±13	39±21	Ns
Pas d'antibiotique avant intervention	42,8%	28%	Ns
Poursuite de l'allaitement au décours du geste	100%	0% Sur conseil des professionnels et non le choix de la mère	P<0,005

- **type d'antibiotique:** l'acide clavulanique + amoxicilline, pristinamycine, céfoxitine.
- **Analyse bactériologique du liquide de ponction** = staphylocoque aureus dans 100% des cas avec une résistance aux C1G dans 10,5% des cas d'après l'antibiogramme contre 100% de sensibilité à la pristinamycine.

① Faire un diagnostic rapide: Reconnaitre les formes insidieuses

Atlas

Des formes les plus insidieuses à celle faisant craindre un abcès



Letter to the Editor

Clinical mastitis in breastfeeding women: study of 56 cases

Daniel Tena , Beatriz López-Garrido & Cristina Losa

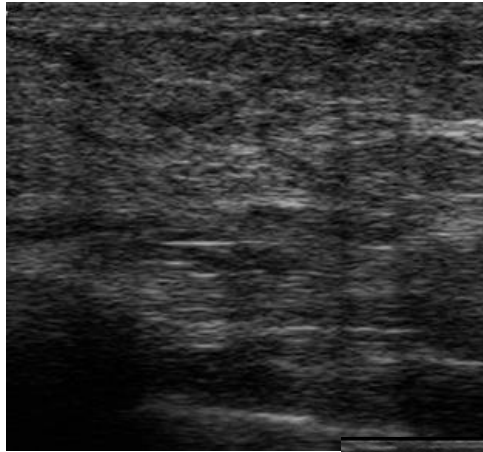
Journal

Infectious Diseases >

Volume 48, 2016 - Issue 11-12

Etude Debord cause d'échec de ponction = symptômes évoluant depuis
20j lors de la première consultation

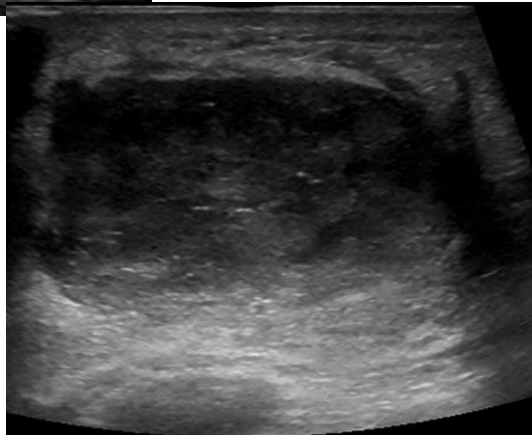
Faut-il une habilitation à l'échographie mammaire?



Lymphangite

L'échographie doit être réalisée par quelqu'un d'expérimenté et est indiquée dans toute forme ne répondant pas au traitement médical à H48

Abcès
ADP +



16/01

CS urgences : Douleur et augmentation taille sein droit Echo Nle

19/01



19/01

CS lactarium & radiologue-sénologue

Echo = **abcès 14cm** ponction : 300cc liquide purulent

Attention a certaines recommandations qui circulent encore



– l'allaitement doit être suspendu sur le sein atteint : le lait doit être tiré et jeté jusqu'à la guérison. En revanche, l'allaitement peut être poursuivi sur le sein controlatéral ;

Il n'existe aucune étude dans la littérature qui a évalué le bénéfice de traitement anti-inflammatoire par AINS ou par aspirine à dose anti-inflammatoire dans la prise en charge de la mastite. Il n'est donc pas recommandé de donner de l'aspirine ou des AINS dans le traitement des mastites (accord professionnel). En cas de suspicion de mastite, un prélèvement bactériologique du lait est recommandé ainsi que l'administration immédiate d'une antibiothérapie probabiliste anti-staphylococcique (grade C). L'interruption de l'allaitement par le sein infecté est recommandée en cas d'infection avérée, tout en poursuivant son drainage par un tire-lait (grade C).

Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2015) 44, 1084–1090



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



POST-PARTUM

Allaitement maternel (partie III) : complications de l'allaitement – Recommandations pour la pratique clinique[☆]

Breastfeeding (part III): Breastfeeding complications – Guidelines for clinical practice

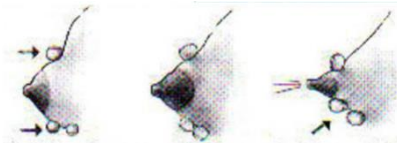
L. Marcellin^{a,*}, A.A. Chantry^{b,c}

② Pas de raison d'arrêter l'allaitement: Drainage au centre du traitement

-mises au sein
-tire lait



- +++ expression manuelle
précédé
d'un application de chaud



**Therapeutic Breast Massage in Lactation
for the Management of Engorgement,
Plugged Ducts, and Mastitis**

Ann M. Witt, MD, IBCLC^{1,2,3}, Maya Bolman, BA, BSN, IBCLC^{1,2},
Sheila Kredit³, and Anne Vanic, MSN, CPNP, IBCLC^{1,2}

Journal of Human Lactation
2016, Vol. 32(1) 123-131
© The Author(s) 2015
Reprints and permissions:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0890334415619439
jhl.sagepub.com
SAGE

Drainage: diminue l'inflammation,
facilite la guérison

(Banapurmath CR Indian Pediatr 94, Cuzack L Aust Fam
Phys 84, Berens 2015; Pustotina 2016)

L'arrêt brutal de l'allaitement

-majore la stase lactée

-voire favorise sa non
résorption sous traitement
adéquate (Crusack Aust Fam Phys 2011)

③ La peur du risque infectieux pour l'enfant fait arrêter les mises au sein

○ En cas de mastite

- Aucun cas rapporté d'enfants infectés suite à une mastite
 - beaucoup de femmes allaitant en bonne santé ont des bactéries potentiellement pathogènes dans leur lait sans mastite....



Table 2: Bacterial findings in breast milk of women with and without symptoms of mastitis: Odds Ratios with 95% confidence intervals for symptoms of mastitis

Bacterial Species	Healthy donors (n = 466) Occurrence of bacteria in breast milk n (%)	Mean (SD) counts (cfu/L)	Women with mastitis (n = 192) Occurrence of bacteria in breast milk n (%)	Mean (SD) counts (cfu/L)	Odds Ratio for occurrence of mastitis symptoms (95%CI)
CNS	419 (90%)	10 ⁶ (± 1.3)	160 (83%)	10 ⁶ (± 1.3)	0.60 (0.35, 0.91) p = 0.02
Viridans Streptococci	233 (50%)	10 ⁵ (± 1.0)	113 (59%)	10 ⁵ (± 1.0)	1.43 (1.02, 2.01) p = 0.04
Staphylococcus aureus	145 (31%)	10 ⁶ (± 1.2)	87 (45%)	10 ⁶ (± 1.3)	1.81 (1.29, 2.60) p = 0.001
Group B streptococci	47 (10%)	10 ⁶ (± 1.3)	41 (21%)	10 ⁶ (± 1.4)	2.40 (1.50, 3.71) p = <0.001
Enterococcus faecalis	28 (6%)	10 ⁶ (± 1.3)	16 (8%)	10 ⁶ (± 1.3)	0.70 (0.36, 1.43) p = 0.36
Group G streptococci	6 (1%)	10 ⁶	3 (2%)	10 ⁷	
Group A streptococci	3 (1%)	10 ⁷	2 (1%)	10 ⁷	
Pneumococci	4 (1%)	10 ⁷	5 (3%)	10 ⁵	
Corynebacteria	2 (0.4%)	10 ⁴	1 (0.5%)	10 ⁵	
Enterobacteriaceae	36 (8%)	10 ⁶	2 (1%)	10 ⁶	
Acinetobacter species	12 (3%)	10 ⁶	0	0	
Pseudomonas species	24 (5%)	10 ⁷	1 (0.5%)	10 ⁶	
Bacillus species	5 (1%)	10 ⁵	1 (0.5%)	10 ⁴	
Propionibacterium species	3 (1%)	10 ⁶	2 (1%)	10 ⁶	
Candida species	4 (1%)	10 ⁵	4 (2%)	10 ⁵	

CNS = coagulase negative staphylococci, SD = Standard Deviation

Pas de nécessité de faire d'analyse bactériologique du lait

- Autant de toxine staphylocoque aureus dans le lait de femme sans et avec mastite

Zh Mikrobiol Epidemiol Immunobiol. 2015 Nov-Dec;(6):10-7.

[ENTEROTOXIGENICITY OF STAPHYLOCOCCUS AUREUS STRAINS, ISOLATED FROM BREAST MILK OF WOMEN, FEEDING CHILDREN WITH INFECTIOUS PATHOLOGY].

[Article in Russian]

Flusar FS, Nikolaeva IV, Pavlova TY, Bondarenko VM, Fialkina SV, Titarev SI.

- 20% de la population porteuse chronique de staphylocoque aureus
- analyses souvent faussées par la technique de prélèvement, d'acheminement et de mise en culture de l'échantillon de lait qui peut soit isoler un germe de l'environnement (ORL, peau) soit majorer le décompte de germes

○ en cas d'abcès

– Prélèvement bactériologique: 40 à 100% des cas staphylocoque aureus, SE, E coli (Ajao OG J Natl Med Assoc 79)

– Abscès rarement connecté avec un canal lactifère (Newman J Can Fam Physician 91)

- le bébé ne peut ainsi ingérer de pus
- Si zone drainé péri-aréolaire: tirer ET Jeter jusqu' à cicatrisation (Bertrand H Can Med assoc J 91)

- Pas de cas rapporté d' enfant infecté

- Pas plus de risque infectieux pour l' enfant si antibiothérapie adapté (Ulitzsch D Radiology 2004)

– Bactériologie de ce lait



Bactério du lait
 10^5 UFC/ml germes totaux
 10^4 SA: conforme

④ Des traitements compatibles avec la poursuite l'AM?



☉ Les données pharmacologique

Molécule		RID	Classement
Paracétamol			compatible Vidal
Ibuprofène (Rigourd V Ther Drug Monit. 2014)		0,38[0,04-1,5] Qqs phénotype CYP	L2 compatible (T hale)
Pristinamycine (R Serreau EMC Elsevier 2010)			compatible
Kétoprofène (Serreau R et al Pharmacol and Drug Safety 2004 TDM 2007)	<1%	Pas d'effet secondaire décrit	L2 compatible (T Hale)
Tramadol	1,05-2,86%	Pas d'effet secondaire décrit Métabolite actif via CYP2D6 Ratio L/P 2,4	L2 compatible (T Hale)

ALLAITEMENT MATERNEL
MÈRE EN ŒUVRE ET POURSUITE DANS LES 6 PREMIERS MOIS DE VIE DE L'ENFANT

RECOMMANDATIONS

MAI 2002

Service recommandations et références professionnelles

Protocoles de l'Academy of Breastfeeding Medicine

Protocole clinique n°4 – Mastite

ABM Clinical Protocol # 4: Mastitis - Révision Mars 2014, Amir LH et le Comité des Protocoles de l'Academy of Breastfeeding Medicine. Breastfeed Med 2014; 9(5): 239-43.

La peur des AINS limite l'efficacité du traitement anti-inflammatoire

- Il est recommandé de :
 - utiliser les AINS à la dose minimale efficace, pendant la durée la plus courte possible ;

Rappel des règles de bon usage
des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)¹

Juillet 2013

- **Etre attentif à toute manifestation infectieuse**

Les AINS sont susceptibles de masquer les premiers signes d'une infection et ainsi d'aggraver le pronostic de certaines infections. Des cas d'aggravation d'infections dentaires, de varicelle, de pneumopathies et d'infections ORL, chez des patients traités par AINS ont été rapportés.

- **An Assessment of the Safety of Pediatric Ibuprofen
A Practitioner-Based Randomized Clinical Trial**

Samuel M. Lesko, MD, MPH; Allen A. Mitchell, MD

➤ Author Affiliations

JAMA. 1995;273(12):929-933. doi:10.1001/jama.1995.03520360043037

Si risque EIG existe il est $< 1/15000$ (n=84192)

- 14. Rev Prescrire 2014 ; 34 (369) : 516. AINS : phlegmons, cellulites cervicales ? [Internet]. [cité 11 août 2014]. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/Fr/29985FAC198A6AAAC0A8CD89975576DC/Download.aspx>

Études cas témoins: biais protopathique –mesure-mémorisation → inférence causale fausse

J Pediatr. 2016 Aug;175:47-53.e3. doi: 10.1016/j.jpeds.2016.05.025. Epub 2016 Jun 20.

Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drug without Antibiotics for Acute Viral Infection Increases the Empyema Risk in Children: A Matched Case-Control Study.

Le Bourgeois M¹, Ferroni A², Leruez-Ville M², Varon E³, Thumerelle C⁴, Brémont F⁵, Fayon MJ⁶, Delacourt C⁷, Ligier C⁸, Watier L⁸, Guillemot D⁹; Children, Antibiotics, Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs and Childhood Empyema (ChANCE) Study Group.

- 5. De Sarro G, Carbone C, Rende P, Comberiati P, Carnovale D, Mammi M. The safety of ketoprofen in different ages. J Pharmacol Pharmacother. 2013;4(5):99.
- Vet Rec. 2008 Oct 25;163(17):506-9.

Efficacy of oral and parenteral ketoprofen in lactating cows with endotoxin-induced acute mastitis.

Banting A¹, Banting S, Heinonen K, Mustonen K.

Et dans les mastites granulomateuses (Hismissa 2006)

les antibiotiques c'est pas automatique mais ne pas choisir le mauvais en cas d'indication?

- Cibler +++ **Staph Aureus**
 - responsable de 82 % des mastites infectieuses, porte d'entrée cutanée++ = traitement probabiliste
 - 20% de la population est porteuse
 - Portage nasal 82% $p < 0,001$ Amir Family practice *BMC* 2006
 - **En cas d'abcès:**
 - 20% résistance à oxacilline, 21% à la méfoxine d'après une étude menée à Angoulême en 2011 (403 SA isolés)
 - 12 % à la méfoxine d'après une étude menée à Paris (Centre Duroc) en 2017 (39 SA isolés)
 - **Resistance** acquise Staph aureus (64% des cas) (*Chia-Ming Chang et al, AJOG, 201*
 - Choisir un ATB à spectre adapté
 - Bonne Biodisponibilité, bon passage dans les tissus
 - Peu d'EI
 - Compatibles avec l'AM
 - Favoriser le traitement per os
- pristinamycine (Pyostacine®)** 2 cp à
500 mg / 8h pendant 10 à 12 j
- Si ATB inefficace, réadapter en fonction de l'antibiogramme

⑤ Que proposer en cas de drainage chirurgical pour l'allaitement maternel?

- Continuer à allaiter sur le sein controlatéral
- Du coté traité: éviter les incisions radiaires et autour du mamelon (/ canaux galactophores)



Si l'incision est proche de l'aréole



- Laisser couler le lait
- Pansement Algostéril +lait
- Tirer le lait
- Jeter jusqu'à cicatrisation

Médiateurs dans le lait favorisant la cicatrisation (Arnadottir 2015)



- ▶ Résolvines
- ▶ Protectines
- ▶ Marésines
- ▶ Lipoxines

Si incision à distance

- Maintenir les tétées
- Ou tirer et donner le lait

Dans ce cas : Analyse du lait
 $<10^4$ SE



Comment gérer l'allaitement si la mise au sein est impossible sur le sein opéré?

Physiologie

- α S1 caséine hyper-méthylée en cas de mastite (Swanson 2009) → compaction ADN 31 à 45% des cas
→ **glande mammaire inactive**
- après une cessation du recueil du lait (Molenaar 2010), phénomène réversible dans 92%, 48% et 20% des cas selon période concernée 7j, 14j ou 28j au-delà **involution mammaire**
- en cas de mastite ↗ Na⁺, Cl⁻, Ig, lymphocytes, macrophages dans lait → changement transitoire du goût du lait
→ refus de téter

Pratique

Le sein controlatéral à déjà compensé (surproduit)

Le sein controlatéral n'a pas eu le temps de produire pour deux et souvent déjà était celui qui produisait moins

Le bébé semble rassasié

Surveillance poids si cicatrisation prolongée

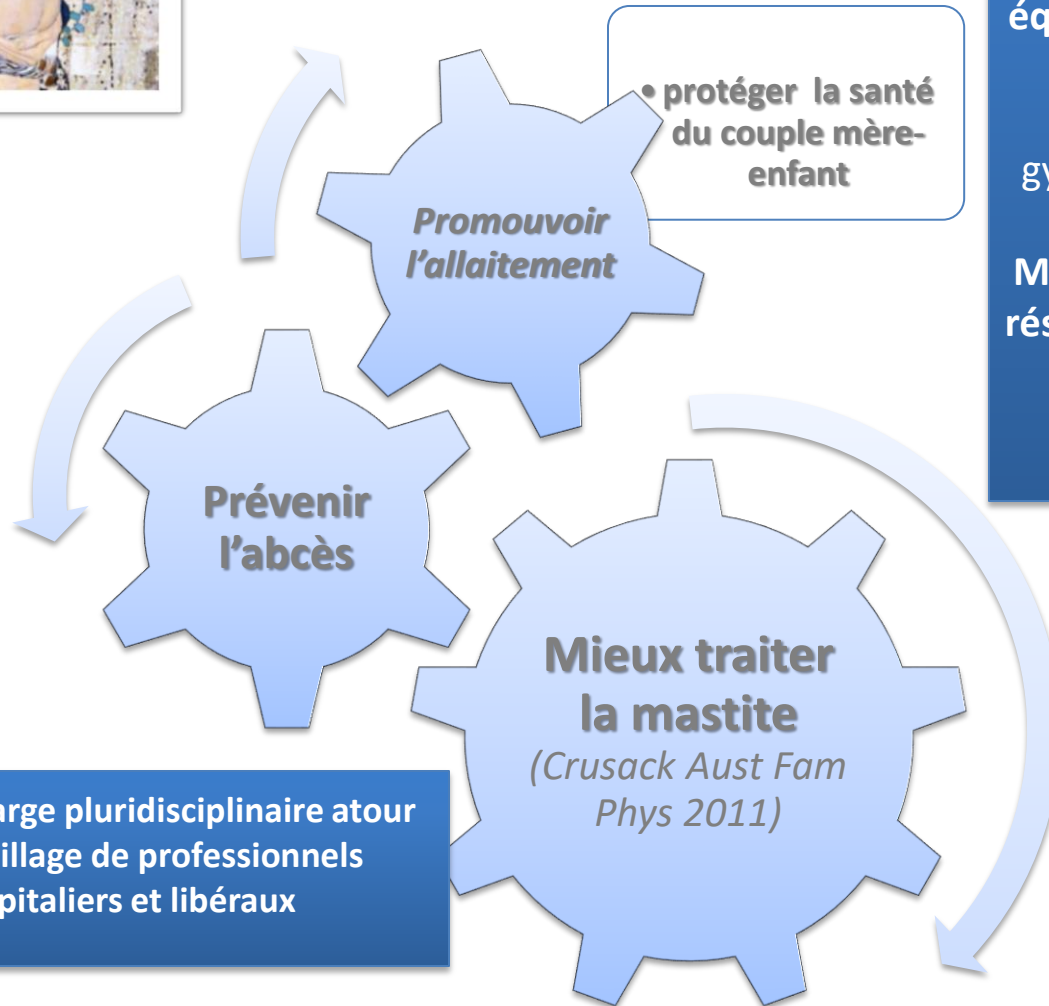
Biberon de complément à ajuster au besoins du bébé

Recueil puis remise au sein sur sein atteint dès que possible relance progressive de la lactation

	Âge (mois)				
	1-6 mois	4-6 mois	6-12 mois	12-24 mois	Au-delà de 2 ans
Type de lait (à donner à température ambiante ou légèrement chauffé. Pas au micro-ondes)	Lait 1 ^{er} âge	Lait 1 ^{er} âge Début diversification	Lait 2 ^{ème} âge Avec diversification	Lait de croissance 3 Avec diversification	Lait de croissance 4 Avec diversification
Les volumes et fréquences sont informatives. Ils doivent être adaptés en fonction des besoins. Le type de lait spécifique sera adapté par le pédiatre en fonction des particularités du bébé.					

	Âge (mois)							
	0-1 mois	1-2 mois	2-3 mois	3-4 mois	4-6 mois	6-12 mois	12-24 mois	Au-delà de 2 ans
Nombre de biberons	8-6	6	5	4-5	4	3	2	1
Volume (ml) des biberons	60-120	120	150	150-180	210	240	250	300

Conclusion



Revue de la littérature
Analyse de cas (34 cas)
Echange avec autres équipes (Lyon
(Hélène Delgado, Dr Déborde)..)

Rédaction d'un protocole par une
équipe pluridisciplinaire (pédiatres,
sages femmes, sénologues,
échographistes, chirurgiens,
gynécologues, infectiologues, MG)

Mise en application (maillage dans
réseau, adhésion, diffusion, remise
en question)