

## PROCOLE CLINIQUE N°4 DE L'ABM LA MASTITE REVISION MAI 2008

[Pour accéder au protocole de l'ABM en anglais, suivre ce lien.](#)

Le comité des protocoles de l'Academy of Breastfeeding Medicine

*L'un des principaux objectifs de l'Academy of Breastfeeding Medicine est le développement de protocoles cliniques portant sur le suivi de problèmes médicaux courants susceptibles d'avoir un impact sur le succès de l'allaitement. Ces protocoles sont uniquement destinés à servir de recommandations pour le suivi des mères allaitantes et de leurs enfants et ne constituent pas un mode exclusif de traitement ou un standard pour les soins médicaux. Des variations dans le traitement pourront être appropriées en fonction des besoins d'un patient particulier.*

### Introduction

La mastite est une pathologie fréquente chez les femmes qui allaitent ; d'après les études prospectives, sa prévalence va de 3% à 20% suivant la définition et la durée du suivi en post-partum.<sup>1-3</sup> La majorité des cas survient pendant les 6 premières semaines mais les mastites peuvent apparaître n'importe à quel moment pendant l'allaitement. Il existe peu d'études sur le sujet.

### Définition et diagnostic

La définition clinique habituelle de la mastite est l'apparition, au niveau du sein, d'une zone sensible, chaude, œdémateuse, de forme plus ou moins triangulaire, associée à une fièvre à 38°5 ou plus, des frissons, un syndrome grippal et une sensation de malaise général<sup>4</sup>. Toutefois, le terme mastite signifie littéralement (et c'est de cette façon qu'elle sera définie ici) inflammation du sein ; il peut y avoir ou non une infection bactérienne.<sup>5,6</sup> L'érythème, la douleur et la chaleur peuvent tous être retrouvés quand une zone du sein est engorgée ou «bouchée» mais il n'y a pas nécessairement infection.

### Facteurs prédisposants

Les facteurs suivants peuvent prédisposer une femme qui allaite au développement d'une mastite.<sup>6,7</sup> Pour les facteurs autres que ceux induisant une stase lactée, l'existence d'une corrélation reste mal démontrée.

- Lésions des mamelons, en particulier en cas de surinfection par le Staphylocoque doré
- Tétées peu fréquentes, ou à horaires fixes, ou de durée limitée
- Tétées «sautées»
- Prise en bouche du sein inadéquate par l'enfant, ou succion mal coordonnée, conduisant à un prélèvement inefficace du lait
- Maladie maternelle ou infantile
- Surproduction de lait

- Sevrage rapide
- Pression sur les seins (par exemple soutien-gorge trop serré, ceinture de sécurité)
- Point blanc sur le mamelon ou pore du mamelon ou canal bouché : ampoule de lait, substance granuleuse, *Candida*
- Stress et fatigue de la mère
- Malnutrition (mais il n'existe pas de preuve indiquant l'existence de facteurs de risque spécifiques liés à l'alimentation)

### Examens

Les examens de laboratoires et autres moyens diagnostiques ne sont pas nécessaires et ne sont pas effectués en routine en cas de mastite. La publication de l'OMS sur les mastites suggère qu'un examen bactériologique du lait avec antibiogramme «devrait être effectué s'il n'y a pas amélioration au bout de 2 jours sous antibiothérapie, si la mastite récidive, si la mastite est survenue pendant le séjour en maternité ou en cas de mastite inhabituellement sévère»<sup>6</sup> Un examen bactériologique du lait peut être fait sur du lait exprimé à la main (mains lavées) recueilli dans un récipient stérile pour recueil d'urines. (Méthode d'expression : une petite quantité du lait tiré en premier est jetée pour éviter la contamination par la flore cutanée. Le lait qui viendra ensuite sera exprimé directement dans le récipient stérile, en veillant à ce que la peau ne touche pas l'intérieur du récipient). Nettoyer le mamelon avant l'expression pourra abaisser le risque de contamination par la flore cutanée et éviter les faux positifs. Une symptomatologie plus importante a été associée à un comptage bactérie plus élevé et/ou à la présence de bactéries pathogènes.<sup>8</sup>

### Traitement

#### *Vider efficacement les seins*

La stase lactée étant souvent le facteur ayant induit la mastite, la principale étape du traitement est de vider efficacement et fréquemment les seins. Les mères devraient être encouragées à allaiter plus fréquemment, en commençant la tétée par le sein affecté. Si la douleur

inhibe le réflexe d'éjection, la tétée débutera par le sein qui n'est pas affecté, avec passage de l'autre côté dès que survient le réflexe d'éjection. Mettre l'enfant au sein de façon à ce que son nez ou son menton soient dirigés vers la zone atteinte pourra aider à drainer cette zone. Masser le sein avec les doigts pendant la tétée avec une huile comestible ou un lubrifiant non toxique pourra aussi aider. Le massage doit se faire à partir de la zone atteinte, vers le mamelon. Après la tétée, exprimer le lait à la main ou avec un tire-lait pourra aussi augmenter le drainage de la glande mammaire et accélérer la résolution du problème.<sup>9</sup> Rien ne permet de penser que la poursuite de l'allaitement fasse courir un risque quelconque à un bébé en bonne santé et né à terme.<sup>6</sup> Les femmes qui ne peuvent pas poursuivre l'allaitement devraient tirer leur lait à la main ou avec un tire-lait ; en effet, l'arrêt brutal de l'allaitement s'accompagne d'un risque plus élevé de survenue d'un abcès que la poursuite de l'allaitement.<sup>9</sup>

#### Autres mesures

Le repos, des apports liquidiens et nutritionnels suffisants sont des mesures essentielles. Une aide pratique à domicile pourra être nécessaire pour permettre à la mère de se reposer suffisamment. L'application de chaleur; par exemple une douche chaude ou une compresse chaude, sur le sein, avant la tétée pourra aider le lait à couler. Après la tétée ou l'expression du lait, des applications de froid pourront être appliquées sur le sein pour réduire la douleur et l'œdème.

Une hospitalisation pourra être envisagée dans les cas où la mère est très malade et ne bénéficie d'aucun soutien à son domicile. Le fait que l'enfant reste avec sa mère est nécessaire, afin que l'allaitement puisse se poursuivre. Dans certains hôpitaux, cela implique que l'enfant soit hospitalisé avec sa mère.

#### Traitement médicamenteux

Bien que les femmes allaitantes hésitent souvent à prendre un traitement médicamenteux, celles qui souffrent de mastite seront encouragées à suivre un traitement adéquat si nécessaire :

**Analgésiques.** Les analgésiques faciliteront la survenue du réflexe d'éjection et doivent être encouragés. Un anti-inflammatoire tel que l'ibuprofène pourra être plus efficace pour lutter contre les symptômes liés à l'inflammation qu'un antalgique simple tel que le paracétamol. L'ibuprofène est indétectable dans le lait après des prises maternelles allant jusqu'à 1,6 g/jour et il est considéré comme étant compatible avec l'allaitement.<sup>10</sup>

**Antibiotiques.** Si la symptomatologie clinique est modérée et présente depuis moins de 24 heures, les mesures non médicamenteuses (expression efficace du lait et autres mesures) pourront s'avérer suffisantes. S'il n'y a aucune amélioration au bout de 12 à 24 heures ou si la femme se sent vraiment malade, une antibiothérapie devrait être débutée.<sup>6</sup> Le germe le plus souvent en cause dans les mastites infectieuses est un *Staphylocoque doré* résistant à la pénicilline.<sup>9,11</sup> On peut aussi rencontrer, moins souvent, un *Streptocoque* ou un *Escherichia coli*.<sup>9</sup> Les antibiotiques à préférer sont habituellement les pénicillines résistantes à la

pénicillinase<sup>4</sup> comme la dicloxacilline, la flucloxacilline, à la posologie de 500 mg 4 fois par jour.<sup>12</sup> Les céphalosporines de première génération sont également acceptables comme traitement de première intention, mais elles sont un moins bon choix en raison de leur spectre d'action plus large.

La céfalexine est habituellement utilisable chez les femmes qui sont allergiques à la pénicilline, mais la clindamycine est préférable lorsque cette allergie est sévère.<sup>12</sup> La dicloxacilline semble avoir moins d'effets iatrogènes hépatiques que la flucloxacilline<sup>13</sup>. Elle peut induire des phlébites si elle est donnée par voie intraveineuse ; elle est donc à préférer pour un traitement per os, mais pas si un traitement IV est nécessaire.

De nombreux spécialistes recommandent un traitement de 10 à 14 jours d'antibiotiques<sup>14,15</sup>, toutefois aucune étude contrôlée n'a été effectuée sur le sujet.

Le *Staphylocoque doré* résistant aux pénicillines résistantes à la pénicillinase (SARM, *S. doré* résistant à la méticilline), aussi nommé *S. doré* résistant à l'oxacilline (SARO) est de plus en plus souvent retrouvé dans les mastites et les abcès du sein.<sup>16,17</sup> Les cliniciens doivent connaître cette possibilité et devraient demander un examen bactériologique du lait et un antibiogramme lorsque la mastite d'une femme ne répond pas au traitement de première intention. Les habituelles résistances d'un SARM doivent être prises en compte dans le choix d'un antibiotique chez les femmes ne répondant pas au traitement, pendant que l'on attend le résultat de l'examen bactériologique. La plupart des souches de SARM sont sensibles à la vancomycine ou au cotrimazole et pourraient l'être à la rifampicine. A noter que les souches de SARM doivent être présumées résistantes aux macrolides et aux quinolones, quel que soit le résultat de l'antibiogramme. De plus, un SARM que l'antibiogramme note comme sensible à la clindamycine mais résistant à l'érythromycine devrait faire l'objet d'un test à double disque pour confirmation de sa sensibilité à la clindamycine.<sup>18</sup>

Comme pour tous les traitements antibiotiques, des traitements répétés augmentent le risque de survenue chez la femme d'une candidose mammaire et vaginale.<sup>19,20</sup>

#### Suivi

L'amélioration en réponse aux mesures ci-dessus est habituellement rapide et franche. Si les signes de mastites persistent toujours après plusieurs jours de traitement, y compris une antibiothérapie, il sera nécessaire de revoir le diagnostic. D'autres examens seront indispensables pour dépister l'existence d'un germe résistant, la formation d'un abcès, l'existence d'une masse sous-jacente ou celle d'un carcinome ductal ou inflammatoire. Si plus de 2 à 3 récidives surviennent au même endroit, il sera aussi nécessaire de rechercher l'existence d'un autre problème sous-jacent.

#### Les complications

##### Le sevrage précoce

Une mastite peut induire des symptômes suffisamment importants pour amener les femmes à envisager le sevrage. Toutefois, le fait que les seins soient « vidés » efficacement constitue la partie la plus importante du traitement.<sup>6</sup> L'arrêt brutal de l'allaitement pourra aggraver la mastite et augmenter le risque de survenue d'un abcès. En

conséquence, un traitement adéquat et le soutien des professionnels de santé et de la famille sont importants pendant la mastite. La mère a besoin d'être rassurée sur le fait que les médicaments qu'elle prend sont compatibles avec l'allaitement.

#### *L'abcès*

Si une région bien délimitée du sein reste dure, rouge et douloureuse, en dépit d'un traitement adéquat, il faut suspecter la survenue d'un abcès. Cela survient chez environ 3% des femmes qui souffrent de mastite.<sup>21</sup> Les symptômes systémiques initiaux et la fièvre peuvent avoir disparu. Une échographie du sein permettra de faire le diagnostic en montrant l'abcès collecté. L'abcès peut souvent être drainé par aspiration à l'aiguille, qui sera alors diagnostique autant que thérapeutique. Plusieurs séances d'aspiration à l'aiguille pourront être nécessaires.<sup>23-24</sup> Dans certains cas, l'aspiration pourra se faire sous guidage par échographie. Le lait devrait être envoyé en bactériologie pour culture en cas d'abcès. On devrait également prendre en compte la possibilité d'un germe résistant, en fonction de l'incidence des infections à ces germes dans l'environnement. Le SARM peut être un germe acquis via l'entourage et c'est un pathogène fréquemment retrouvé dans les abcès du sein nécessitant une hospitalisation dans certaines communautés.<sup>25</sup> Le drainage chirurgical pourra être nécessaire si l'abcès est très volumineux ou en cas d'abcès multiples. L'allaitement devrait être poursuivi avec le sein touché après le drainage, même en cas de pose d'un drain, à condition que la bouche de l'enfant ne soit pas en contact avec du liquide purulent ou du tissu infecté. Le drainage de l'abcès devrait être suivi d'un traitement antibiotique.

#### *La candidose*

Les informations sur l'étiologie des douleurs à type de brûlure au niveau des mamelons ou des douleurs irradiant à l'intérieur du sein sont en cours d'évolution. Une infection à *Candida* peut être associée à ces symptômes.<sup>14</sup> Le diagnostic est difficile, dans la mesure où les mamelons et les seins peuvent avoir un aspect normal à l'examen, et où la recherche du candida dans le lait ne donne pas de résultats fiables. Une recherche soigneuse des autres étiologies responsables de douleurs du sein doit être entreprise, en portant une attention particulière à une mise au sein correcte. S'il existe des lésions ou des fissures, un écouvillonnage pourra retrouver la présence d'un *S. doré*.<sup>26-28</sup> Une étude récente sur des femmes présentant une symptomatologie typique, chez lesquelles des échantillons de lait ont été exprimés pour culture après nettoyage des mamelons, a constaté qu'un *Candida* n'était retrouvé dans aucun des 35 échantillons de lait des mères du groupe témoin, et qu'il n'était retrouvé que dans un seul des 29 échantillons des femmes du groupe symptomatique. Il n'y avait non plus de différence significative entre les deux groupes pour ce qui était du taux d'un sous-produit de la croissance du candida [(1,3)β-D-glucane].<sup>29</sup> Toutefois, ces résultats ne concordent pas avec ceux d'une autre étude, qui a retrouvé un candida dans le lait de 30% des mères symptomatiques, contre 7,7% des mères du groupe témoin<sup>30</sup>, ni avec ceux d'une étude qui faisait état d'une présence plus élevée de *Candida* détecté par PCR sur les

écouvillonnages effectués sur les mamelons de mères présentant des douleurs à type de brûlures au niveau des mamelons ou des seins. D'autres études sont nécessaires dans ce domaine.

#### **Prévention<sup>7</sup>**

##### *Une technique efficace de traitement des seins trop tendus et de l'engorgement*

- Les mères devraient être aidées afin d'améliorer la prise du sein par l'enfant.
- Pas de restriction de la fréquence et de la durée des tétées.
- On devrait expliquer aux mères comment tirer manuellement leur lait si leurs seins sont trop pleins pour que le bébé puisse téter ou si la tétée ne suffit pas à vider les seins. Un tire-lait peut aussi être utilisé dans ce but, s'il y en a un de disponible, mais toutes les mères devraient savoir comment tirer leur lait manuellement car le besoin pourra s'en faire sentir de façon inattendue.

##### *Surveiller les signes de stase lactée*

- On doit expliquer aux mères comment surveiller leurs seins, dépister les masses et les zones rouges et douloureuses.
- Si une mère remarque un quelconque signe de stase, elle doit se reposer, augmenter la fréquence des tétées, appliquer de la chaleur sur ses seins et masser les zones indurées comme décrit dans le paragraphe «Vider efficacement les seins».
- Les mères devraient consulter un professionnel de santé s'il n'y a pas d'amélioration au bout de 24 heures.

##### *Dépister la survenue de tout problème d'allaitement*

Une aide spécifique est nécessaire pour les mères qui ont des lésions sur les mamelons, un enfant qui est perpétuellement agité ou qui pensent ne pas avoir assez de lait.

##### *Le repos*

La fatigue est souvent un signe précurseur de mastite. Les professionnels de santé doivent encourager les mères qui allaitent à se reposer suffisamment. Il pourra être utile que les professionnels de santé rappellent aux autres membres de la famille que la mère qui allaite peut avoir besoin de davantage d'aide et qu'ils encouragent les mères à demander autant d'aide que nécessaire.

##### *Une bonne hygiène<sup>32</sup>*

Dans la mesure où le *S. doré* est un germe commensal fréquemment retrouvé dans les hôpitaux et les lieux communautaires, l'importance d'une bonne hygiène des mains ne doit pas être ignorée<sup>30</sup>. Il est important que les membres de l'équipe soignante, les mères et leurs familles aient de bonnes pratiques de lavage des mains. Le matériel d'expression du lait peut également être une source de contamination, et devrait être nettoyé soigneusement à l'eau chaude savonneuse après utilisation.

#### **Remerciements**

Ce travail a été financé en partie par un don à l'Academy of Breastfeeding Medicine du Bureau de la Santé Maternelle et Infantile, Département de la Santé et des Services Humains des Etats-Unis.

## Références

1. Waldenstrom U, Aarts C. Duration of breastfeeding and breastfeeding problems in relation to length of postpartum stay: A longitudinal cohort study of a national Swedish sample. *Acta Paediatr* 2004;93:669-676.
2. Foxman B, D'Arcy H, Gillepsie B, et al. Lactation mastitis: Occurrence and medical management among 946 breastfeeding women in the United States. *Am J Epidemiol* 2002; 155:103-114.
3. Kinlay JR, O'Connell DL, Kinlay S. Incidence of mastitis in breastfeeding women during the six months after delivery: a prospective cohort study. *Med J Aust* 1998;169:310-12.
4. Lawrence RA. The puerperium, breastfeeding, and breast milk. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1990;2:23-30.
5. Inch S, Renfrew MJ. Common breastfeeding problems. In: *Effective Care in Pregnancy and Childbirth* (Chalmers I, Enkin M, Keirse eds.), Oxford University Press, Oxford, UK, 1989, pp. 1375-1389.
6. World Health Organization. *Mastitis: Causes and management*, Publication Number WHO/FCH/CAH/00.13, World Health Organization, Geneva, 2000.
7. Walker M. Mastitis in lactating women. *Lactation Consultant Series Two*. La Leche League International, Schaumburg IL, 1999; Unit 2.8.
8. Aabo O, Matheson I, Aursnes I, et al. Mastitis in general practice. Is bacteriologic examination useful? *Tidsskr NorLaegeforen* 1990;110:2075-2077.
9. Thomsen AC, Espersen T, Maigaard S. Course and treatment of milk stasis, noninfectious inflammation of the breast, and infectious mastitis in nursing women. *Am J Obstet Gynecol* 1984;149: 492-95.
10. Hale T. *Medications and Mother's Milk*, 11th ed. Pharmasoft Medical Publishing, Amarillo, TX 2004.
11. Niebyl JR, Spence MR, Parmley TH. Sporadic (nonepidemic) puerperal mastitis. *J Reprod Med* 1978;20:97-100.
12. *Therapeutic Guidelines: Antibiotics*, Therapeutics Guidelines Ltd, North Melbourne, Australia, 2006.
13. Olsson R, Wiholm BE, Sand C, et al. Liver damage from flucloxacillin, cloxacillin and dicloxacillin. *J Hepatol* 1992;15:154-61.
14. Lawrence RA, Lawrence RM. *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession*, 6th ed. Elsevier Mosby, Philadelphia, 2005.
15. Neifert MR. Clinical aspects of lactation: Promoting breastfeeding success. *Clin Perinatol* 1999;26:281-306
16. Saiman L, O'Keefe M, Graham PL, et al. Hospital transmission of community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* among postpartum women. *Clin Infect Dis* 2003;37:1313-1319.
17. Reddy P, Qi C, Zembower T, et al. Postpartum mastitis and community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Emerg Infect Dis* 2007;13:298-301.
18. Kader AA, Kumar A, Krishna A. Induction of clindamycin resistance in erythromycin-resistant, clindamycin susceptible and methicillin-resistant clinical staphylococcal isolates. *Saudi Med J* 2005;26:1914-1917.
19. Dinsmoor MJ, Vilorio R, Lief L, et al. Use of intrapartum antibiotics and the incidence of postnatal maternal and neonatal yeast infections. *Obstet Gynecol* 2005;106:19-22.
20. Pirotta MV, Gunn JM, Chondros P. "Not thrush again!" Women's experience of post-antibiotic vulvovaginitis. *Med J Aust* 2003;179:43-46.
21. Amir LH, Forster D, McLachlan H, et al. Incidence of breast abscess in lactating women: report from an Australian cohort. *BJOG* 2004;111:1378-1381.
22. Dixon JM. Repeated aspiration of breast abscesses in lactating women. *BMJ* 1988;297:1517-1518.
23. Ulitzsch D, Nyman MKG, Carlson RA. Breast abscess in lactating women: US-guided treatment. *Radiology* 2004;232:904-909.
24. Christensen AF, Al-Suliman N, Nielson KR, et al. Ultrasound-guided drainage of breast abscesses: Results in 151 patients. *Br J Radiol* 2005;78:186-188.
25. Peterson B, Berens P, Swaim L. Incidence of MRSA in postpartum breast abscess [abstract 33]. *Breastfeed Med* 2007;2:190.
26. Livingstone VH, Willis CE, Berkowitz J. *Staphylococcus aureus* and sore nipples. *Can Fam Physician* 1996;42:654-659.
27. Amir LH, Garland SM, Dennerstein L, et al. *Candida albicans*: Is it associated with nipple pain in lactating women? *Gynecol Obstet Invest* 1996;41:30-34.
28. Saenz RB. Bacterial pathogens isolated from nipple wounds: A four-year prospective study [abstract 34]. *Breastfeed Med* 2007;2:190.
29. Hale TW, Bateman T, Finkelman M, et al. Detection of *Candida albicans* in control and symptomatic breastfeeding women using new methodology [abstract 26]. *Breastfeed Med* 2007;2:187-188.
30. Andrews JI, Fleener DK, Messer SA, et al. The yeast connection: Is *Candida* linked to breastfeeding associated pain? *Am J Obstet Gynecol* 2007;197:424.e1-424.e4.
31. Panjaitan M, Amir LH, Costa A-M, et al. Polymerase chain reaction in detection of *Candida albicans* for confirmation of clinical diagnosis of nipple thrush [letter]. *Breastfeed Med* 2008;3:185-187.
32. Amir LH, Garland SM, Lumley J. A case-control study of mastitis: Nasal carriage of *Staphylococcus aureus*. *BMC Fam Pract* 2006;7:57.
33. Collignon PJ, Grayson ML, Johnson PDR. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in hospitals: Time for a culture change [editorial]. *Med J Aust* 2007;187:4-5.

Les protocoles de l'ABM expirent cinq ans après leur date de publication. Des révisions fondées sur des données scientifiques sont faites au bout de cinq ans, ou plus rapidement s'il y a des modifications significatives des connaissances.

Auteur

\*Lisa H. Amir, MBBS, MMed, Ph.D.

Comité des protocoles

Caroline J. Chantry, M.D., FABM, Co-Chairperson

Cynthia R. Howard, M.D., MPH, FABM, Co-Chairperson

Ruth A. Lawrence, M.D., FABM

Kathleen A. Marinelli, M.D., FABM, Co-Chairperson

Nancy G. Powers, M.D., FABM

\* Auteur principal