

# GUIDE DE TRAITEMENTS DE LA MASTITE SECONDAIRE À L'ALLAITEMENT

**RÉDIGÉ PAR :**

DAVE BRINDAMOUR, ÉTUDIANT EN PHARMACIE ET NATHALIE GADBOIS, PHARMACIENNE

**RÉVISÉ PAR :**

DR MARIE-CLAUDE LAVIGNE, OMNIPRATICIENNE ET CONSULTANTE EN ALLAITEMENT (IBCLC)

DR OLIVIER HAECK, MICROBIOLOGISTE-INFECTIOLOGUE

**EN COLLABORATION AVEC :**

SOPHIE BELZILE, CONSEILLÈRE CLINIQUE AU PROGRAMME FEJ

FRANCINE MARTEL, INFIRMIÈRE IBCLC, RLC

APPROUVÉ : COMITÉ DE PHARMACOLOGIE (8 AVRIL 2010) ET EXÉCUTIF DU CMDP (SEPTEMBRE 2010)

## MASTITE LACTATIONNELLE OU PUERPÉRALE

### DÉFINITION :

Inflammation du sein, habituellement associée à l'allaitement, qui peut s'accompagner ou non d'une infection. (cf. Classification)

L'incidence de la mastite varie de 2 à 33 % mais survient généralement chez environ 10 % des mères. La mastite *infectieuse* se manifeste quant à elle chez 2 à 3 % des mères. Elle se produit principalement au cours de la deuxième ou troisième semaine post-partum quoique la majorité des cas, surviennent dans les trois premiers mois suivant l'accouchement. À noter qu'elle peut aussi survenir à n'importe quel stade de l'allaitement.

---

### CLASSIFICATION :

Dans la majorité des cas, la mastite d'origine lactationnelle est de nature non infectieuse. La stase laiteuse en est la principale cause. Une autre cause fréquemment observée est l'infection (mastite infectieuse). La mastite peut donc être de nature infectieuse ou non. Une mastite non infectieuse peut par ailleurs devenir infectieuse.

À noter que la distinction entre mastite infectieuse et mastite non infectieuse peut être très difficile à faire cliniquement.

---

### SYMPTOMATOLOGIE :

Il n'y a pas de symptômes spécifiques qui distinguent la mastite inflammatoire de la mastite infectieuse. Les symptômes susceptibles d'être observés sont la rougeur, la chaleur, la douleur, l'enflure et un durcissement d'une partie du sein. La patiente peut également présenter des symptômes systémiques de type grippaux ainsi que de la fièvre (> 38,5°C). Une mastite infectieuse a un potentiel plus élevé de durer plus de 24 heures, de causer une fièvre plus importante et un plus grand inconfort mammaire.

---

### GERMES IMPLIQUÉS DANS LA MASTITE INFECTIEUSE :

Les microorganismes profitent habituellement de fissures ou crevasses sur le mamelon, ou très rarement parviennent au sein par voie hématogène.

Le germe principal est le *Staphylococcus aureus*. On retrouve parfois *Escherichia coli*, les *Streptocoques* bêta-hémolytiques et certaines bactéries anaérobies. Très rarement, le *Mycobacterium tuberculosis* ou le *Candida* sp. sont impliqués.

## FACTEURS DE RISQUE :

▶ Stase laiteuse : <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Drainage insuffisant du lait (prise inadéquate du sein, mauvaise utilisation du tire-lait, etc.)</li><li>▪ Sevrage trop rapide de l'allaitement</li><li>▪ Trop grande quantité de lait (ex. : engorgement)</li><li>▪ Boires sautés/retardés/non fréquents</li></ul>
▶ Obstruction des canaux galactophores
▶ Grossesse multiple
▶ Mauvais attachement ou prise du sein inadéquate par l'enfant
▶ Lésions aux mamelons : fissures, crevasses
▶ Maladie maternelle (ex. : diabète) ou chez le nourrisson (ex. : frein de langue trop court)
▶ Pression sur les seins (soutien-gorge /vêtement/porte-bébé trop serrés)

## COMPLICATIONS :

Les complications possibles d'une mastite sont notamment l'abcès, une douleur intense entraînant l'arrêt de l'allaitement et dans certains cas, un sepsis. Il faut suspecter un abcès en cas de non-réponse ou de réponse lente aux antibiotiques, et/ou en présence d'une masse inflammatoire palpable, parfois fluctuante. L'abcès est très souvent une complication d'une mastite infectieuse résultant d'un traitement retardé ou inadéquat, d'une cessation de l'allaitement (exacerbation de la stase laiteuse) mais elle peut aussi survenir sans symptôme préalable. Son incidence est de l'ordre de 0,5 % à 11 %. (Cf. Section principes de traitement – abcès au sein.)

Le diagnostic différentiel de la mastite puerpérale inclut donc la mastite non infectieuse, la mastite infectieuse et l'abcès du sein. L'engorgement du sein et le galactocèle peuvent aussi mimer une mastite. Dans de rares cas, il faut aussi suspecter le carcinome inflammatoire du sein, la phlébite superficielle et la rupture du kyste du sein.

## PRISE EN CHARGE ET TRAITEMENT :

### *MASTITE NON INFECTIEUSE*

Les antibiotiques ne sont d'aucune utilité dans le cas d'une mastite non infectieuse. La cause étant la stase laiteuse, une bonne évacuation du lait devrait *a priori* régler le problème. Pour ce faire, la patiente doit effectuer le drainage régulier du lait, à l'aide de la tétée, d'un tire-lait et/ou manuellement. Pour la femme qui allaite exclusivement il est conseillé d'allaiter 8-12 fois par jour. Il est également recommandé d'appliquer des compresses froides et d'effectuer un massage en douceur sur le sein affecté pour favoriser le drainage. Les soutiens-gorge trop serrés sont également une cause de stase que l'on doit vérifier. Il faut également s'assurer que le nourrisson ait une bonne position lors de la tétée et qu'il prend correctement le sein. Il doit y avoir un transfert de lait i.e. on entend et on voit le bébé avaler. Il est également recommandé de varier la position du bébé lors du boire. Le repos ainsi qu'une bonne hydratation sont également des mesures à suggérer à la mère (cf. annexe 1).

La douleur causée par la mastite peut être soulagée par l'administration d'ibuprofène ou d'acétaminophène au besoin. La patiente doit suivre sa température régulièrement et si les symptômes ne sont pas résolus en 12-24 heures ou s'ils s'aggravent, un traitement antibiotique doit être débuté. Il est important que la patiente poursuive son allaitement car une aggravation de sa mastite pourrait se produire. Si l'allaitement est impossible, on doit exprimer le lait pour 24 heures et reprendre l'allaitement par la suite ou réduire graduellement l'expression du lait.

### ***MASTITE INFECTIEUSE***

La culture du lait est un élément diagnostique très controversé. Elle n'est pas offerte au CSSSL. Si vous la croyez nécessaire (par exemple en raison de récurrences), veuillez communiquer avec un microbiologiste.

Chez une patiente présentant des symptômes légers depuis 24 heures, on peut lui prescrire les moyens non pharmacologiques (voir annexe) avec un suivi systématique 24 heures plus tard. Et alors, si les symptômes ne sont pas améliorés, on doit débuter les antibiotiques. Il est en effet sécuritaire de poursuivre l'allaitement même si l'antibiotique peut se retrouver dans le lait et la plupart du temps même via le sein affecté. En cas de doute, communiquez avec une professionnelle de l'allaitement.

L'administration d'antibiotique est indiquée pour ce type de mastite. On donne une thérapie antibiotique de façon empirique chez toute patiente qui présente de la douleur aiguë sur un sein, des symptômes sévères de la mastite, des symptômes systémiques ou de la fièvre.

Lors d'une mastite légère à modérée, les agents de première ligne sont le céfadroxil 500 mg aux 12 heures ou la cloxacilline 500 mg aux 6 heures. La céphalexine 500 mg aux 6 heures est aussi un bon choix mais n'est pas disponible au formulaire de l'hôpital et représente un intervalle thérapeutique moins intéressant que le céfadroxil.

Si la patiente présente une allergie à la pénicilline de type immédiat, il est suggéré d'administrer la clindamycine 300-450 mg aux 6 heures ou, en second choix, l'érythromycine 250-500 mg aux 6 heures. Le TMP-SMX (Septra®, Bactrim®) peut être une alternative intéressante, surtout en cas de suspicion de mastite à SARO (*Staphylococcus* résistant à l'oxacilline), mais il faut éviter son utilisation si l'allaitement est poursuivi et que le nourrisson a moins de 2 mois.

Dans le cas d'une patiente présentant une mastite sévère ou nécessitant une hospitalisation, la céfazoline 1 à 2 g aux 8 heures est le premier choix, ou alors la cloxacilline 1000 à 2000 mg IV aux 4 à 6 heures si une voie centrale est installée car cet agent est irritant pour les veines. Si la patiente présente une allergie à la pénicilline de type immédiat, il est suggéré d'administrer la vancomycine 1 g aux 12 heures et de consulter en infectiologie.

En cas d'infection à SARO suspectée ou prouvée, la vancomycine est l'agent de choix alors que la clindamycine et le TMP-SMX peuvent aussi être utilisés dans certaines circonstances. Une consultation en infectiologie est recommandée. Un suivi médical systématique est recommandé car si la mastite n'est pas complètement résolue au jour 5, on doit éliminer un abcès sous-jacent.

## ***MASTITE RÉCURRENTE***

La mastite récurrente peut être dû à un traitement antibiotique retardé, inapproprié ou incomplet ou encore à une incapacité de résoudre les problèmes sous-jacents à la lactation. C'est pourquoi, dans les cas de récurrences, il faut d'abord vérifier auprès de la patiente si la stase laiteuse a été corrigée, éliminer toute cause mécanique (trauma, soutien-gorge trop serré, tire-lait défectueux, etc.) et vérifier si la patiente a reçu un traitement antibiotique adéquat.

La patiente ne doit pas cesser l'allaitement car une aggravation de sa mastite pourrait se produire, de plus l'allaitement ne cause généralement pas d'infection au nourrisson.

## ***ABCÈS AU SEIN***

D'abord procéder à une échographie de surface afin de confirmer le diagnostic et mieux évaluer l'abcès. Un drainage radiologique avec culture est souvent nécessaire et dans certains cas un drainage chirurgical doit être fait. Veuillez consulter en chirurgie générale et en infectiologie.

De manière concomitante, il est recommandé d'effectuer un traitement antibiotique d'abord intraveineux à ajuster selon la culture du pus (voir les antibiotiques suggérés pour la mastite sévère). Selon l'évolution, un passage à des antibiotiques oraux sera fait pour une antibiothérapie d'une durée totale de 10 à 14 jours.

Dans la mesure du possible, la femme devrait poursuivre l'allaitement à moins que la bouche du bébé soit placée dans zone d'incision. Dépendamment de la localisation de l'abcès, la patiente pourrait, selon les circonstances, extraire le lait si l'allaitement est impossible. Selon le cas, veuillez vous référer à un microbiologiste et à une consultante en allaitement\*

\*Consultante diplômée en lactation : Mme Francine Martel inf. IBCLC, RLC - CSSSL-Cité de la Santé  
Tel : (450) 668-1010 poste 3867 Télésavanteur : (514) 221-9784

---

## **RECOMMANDATIONS AU CSSSL, HÔPITAL DE LA CITÉ-DE-LA-SANTÉ :**

Considérant le formulaire thérapeutique de l'hôpital de la Cité-de-la-Santé, la littérature et la compatibilité des antibiotiques avec l'allaitement, les options de traitement qui sont recommandées à l'hôpital de la Cité-de-la-Santé sont regroupées dans les tableaux qui suivent.



# ANNEXE 1

## MESURES NON PHARMACOLOGIQUES :

Drainage régulier du sein affecté (par le nourrisson, à la main ou avec un tire-lait) <ul style="list-style-type: none"><li>▪ 8-12 fois/j soit aux 2 à 3 heures</li></ul>
Variation de la position du bébé au sein et faire la compression du sein
Massage en douceur et en mouvements circulaires
Éviter les sources de pressions sur le sein (vêtement, soutien-gorge trop serré, nourrisson)
S'assurer que le nourrisson prend bien le sein et qu'il y a un transfert de lait (demander au besoin à la consultante en allaitement)
Augmentation de l'apport hydrique de la mère et favoriser le repos
Compresse chaude (avant le boire et pour une durée maximale de 4 minutes) et froide (après le boire). À noter que le massage avec les mains suffit.
Prise d'AINS si aucune contre-indication pour la mère

## ANTIBIOTIQUES ET COMPATIBILITÉ AVEC L'ALLAITEMENT :

AGENTS	COMMENTAIRES
Amoxicilline/clavulanate	Compatible
Céphalexine Céfazoline Céfadroxil	Compatible
Clindamycine	Compatible
Cloxacilline	Compatible
Érythromycine	Compatible N. B. : Une étude de cohorte a associé la survenue de sténose du pylore suite à la prise par la mère d'érythromycine dans les 90 jours suivant l'allaitement, ce lien reste encore à être confirmé avant de conclure à un risque réel
TMP/SMX	La compagnie recommande d'éviter chez les nourrissons < à 2 mois. Cette recommandation est en lien avec le risque d'hyperbilirubinémie.  L'enfant exclusivement allaité est exposé à 10-15% des doses de traitement pédiatriques usuelles. Le risque de déplacement de la bilirubine de l'albumine par le SMX chez les enfants < 2 semaines ou les prématurés est cité par certains auteurs; néanmoins en raison du faible passage dans le lait maternel, ce risque demeure théorique et ne rend pas l'allaitement contre-indiqué si le TMP-SMX est requis.
Vancomycine	Compatible

## TRAITEMENT DE LA MASTITE LACTATIONNELLE

TRAITEMENT EMPIRIQUE (\$/JOUR)	DURÉE	COMMENTAIRES
<b>MASTITE NON INFECTIEUSE</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aucun antibiotique n'est requis <i>a priori</i></li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mesures non pharmacologiques (cf. Annexe 1)</li> <li>▪ Traitement adjuvant : Ibuprofène ou Acétaminophène</li> </ul>
N. B. : Si les symptômes ne sont pas résolus en 12-24 h ou s'ils se sont aggravés ⇒ Administrer un traitement antibiotique (cf. mastite infectieuse) <i>☞ Ne pas cesser l'allaitement lors de la mastite, car l'allaitement favorise le drainage du lait et n'entraîne généralement pas une infection pour le nourrisson.</i>		
<b>MASTITE INFECTIEUSE</b>		
<b>TRAITEMENT ORAL (PO) ⇒ PREMIÈRE LIGNE</b>		
<b>AMBULATOIRE :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Céphalexine (Keflex<sup>md</sup>) 500 mg po qid <b>ou</b></li> <li>▪ Céfadroxil (Duricef<sup>md</sup>) 500 à 1000 mg po bid</li> </ul>	10-14 jours	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Céphalexine non au formulaire de l'hôpital de la Cité-de-la-Santé → remplacement par céfadroxil</li> </ul>
<b>HÔPITAL :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Céfadroxil (Duricef<sup>md</sup>) 500 à 1000 mg po bid (1,10 \$ - 2,20\$)</li> </ul>		
<b>TRAITEMENT ORAL (PO) ⇒ 2<sup>E</sup> LIGNE</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cloxacilline 500 mg po q 6 h (0,75 \$)</li> </ul>	10-14 jours	
<b>TRAITEMENT ORAL (PO) ⇒ ALTERNATIVES SI ALLERGIE AUX PÉNICILLINES (RÉACTION DE TYPE IMMÉDIAT)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Clindamycine 300-450 mg po q 6 h (1,72 \$ - 2,58 \$)</li> </ul>	10-14 jours	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1<sup>er</sup> choix</li> <li>▪ Alternative si infection à SARO suspectée/confirmée</li> <li>▪ Alternative si allergie de type immédiat à la pénicilline ou si infection à SARO suspectée/confirmée</li> <li>▪ Utiliser avec précaution si enfant hyperbilirubinémique ou déficient en glucose-6-phosphate désydrégénase</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ TMP/SMX DS (160/800 mg) 1 co po q 12 h (0,14 \$)</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Érythromycine 250-500 mg po q 6 h (0,70-1,4 \$)</li> </ul>		
<b>TRAITEMENT INTRA VEINEUX (IV) ⇒ Traitements possibles en ambulatoire</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Céfazoline 1 à 2 g q 8 h (3,59 \$ - 7,18 \$)</li> </ul>	10-14 jours	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1<sup>er</sup> choix / Si ambulatoire = IV en seringue</li> <li>▪ 2<sup>e</sup> choix. Si ambulatoire = IV via pompe CADD</li> <li>▪ 1<sup>er</sup> choix si infection à SARO suspectée/confirmée</li> <li>▪ Alternative si allergie de type immédiat à la pénicilline / Si ambulatoire = IV via intermate</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cloxacilline 1000 à 2000 mg IV q 4-6 h (14,04 \$ - 16,38 \$)</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vancomycine 1g IV q 12 h (13,06 \$)</li> </ul>		
<b>NOTE :</b> Appliquer les mesures non pharmacologiques afin d'éliminer la stase laiteuse (cf. annexe 1) et poursuivre l'allaitement.		

## TRAITEMENT DE LA MASTITE LACTATIONNELLE (SUITE)

TRAITEMENT EMPIRIQUE (\$/JOUR)	DURÉE	COMMENTAIRES
<b>MASTITE RÉCURRENTÉ</b>		
Si réponse favorable antérieure <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ poursuivre ou reprendre le traitement initial</li> </ul>	14-30 jours	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mesures non pharmacologiques afin d'éliminer la stase laiteuse (cf. annexe 1)</li> <li>▪ Réévaluer drainage des seins et l'observance au traitement précédant</li> <li>▪ Échographie et/ou mammographie si 2-3 récurrences au même endroit</li> </ul>
Si absence de réponse <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ choix de l'antibiotique en fonction de la culture du lait et du mamelon</li> </ul>		
<b>ABCÈS MAMMAIRE</b>		
<b>TRAITEMENT ORAL</b>	10-14 jours	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Toujours confirmer à l'échographie</li> <li>▪ Ponction sous échographie, sinon chirurgicale souvent nécessaire</li> <li>▪ Ajuster antibiotiques selon le résultat de la culture</li> </ul>
Voir « Mastite infectieuse »		
<b>TRAITEMENT INTRAVEINEUX</b>		
Voir « Mastite infectieuse »		