

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2020

N°

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Morgane DEBUSSCHER

Présentée et soutenue publiquement le 10 novembre 2020

**PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS LOCALES
DE L'ALLAITEMENT PAR LES MEDECINS GENERALISTES**

Président : Monsieur le Professeur WINER Norbert

Directeur de thèse : Docteur THUBERT Thibault

REMERCIEMENTS

Au Docteur THUBERT Thibault, mon directeur de thèse. Merci de m'avoir guidée et encadrée avec bienveillance.

A mon jury de thèse. Professeur WINER Norbert, je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury. Professeur FLAMANT Cyril, Docteur JEANMOUGIN Pauline, je vous remercie de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse.

Aux Docteur BOSCHER Cécile et Docteur BOUDAULT Sandrine. Merci de m'avoir fait découvrir le soutien de l'allaitement lors de vos consultations au lactarium du CHU. Merci de votre aide à la réalisation du questionnaire de ma thèse.

A mes maîtres de stage et séniors qui m'ont fait découvrir la richesse de la médecine avec gentillesse, chaleur et humour. Merci à vous de m'avoir guidée dans mes premiers pas, lors de ce premier semestre en gériatrie, Claire et Julien. Merci Justine de m'avoir donnée le goût de la médecine libérale en partageant ta façon de prendre soin de tes patients. Merci à l'équipe de l'UGOMPS, aux urgentistes et pédiatres du CHU de Nantes. Merci au super trio de la clinique Jules Verne : Renaud, Julien et Camille. Merci à toute l'équipe du cabinet du Sillon de Bretagne Françoise, Maëlen, Anne, Brigitte et Guillaume. Vous m'avez permis de participer à votre activité riche et cosmopolite en douceur, avec beaucoup de bienveillance.

A ma famille.

A mes parents. Merci de m'avoir fait grandir dans un cadre rassurant et apaisant. Vous m'avez encouragée depuis le premier jour. Vous êtes un formidable soutien. Merci de m'avoir transmis la notion de richesse des moments précieux de la vie, et le goût des bonnes choses.

A mes deux frères, Paul et Thomas, pour votre humour, votre bonne humeur et votre réconfort. J'apprécie chacun de nos moments ensemble.

A mes grands-parents, chaque moment partagé est un plaisir et je suis fière d'être votre petite fille. A ma famille, tantes et oncles, cousines et cousins du Nord et de la Mayenne. Merci à toi Stéphanie, pour tes conseils et ton regard de sage-femme.

A mes amis.

A mes deux amies de toujours, Justine et Anne-Marie. On a déjà vécu de sacrées aventures, tant de rires et souvenirs. J'ai hâte de voir ce que l'avenir nous réserve !

A toi, Margaux qui vient d'avoir un si beau bébé ! A mes amies du lycée : Marion, Anne-Laure et Ophélie. A toi Caroline, avec ton humour, ton regard décalé sur la vie et le monde qui nous entoure.

A mes amies de la fac' de Rennes. Constance, Clémence, Marion, Clairette, Noémie, Mathilde, Flora, Claire. Chacune a apporté sa petite touche unique à ma vie Rennaise. Nous avons traversé des épisodes parfois rudes en se serrant les coudes mais surtout vécu des moments remplis de bonheur. A chaque retrouvaille, j'ai l'impression que nous nous sommes quittées la veille.

A mes amis Nantais ! J'ai rencontré en quelques mois des personnes formidables dont je ne voudrais plus me séparer. Chacun d'entre vous apporte beaucoup de chaleur et de bonheur dans ma vie. A vous Lily, Cécilia, Marion, Cécile, Driss, Marie D, Guillaume, Marie P, Adé, Florian, Fanny, Adeline. Merci bien sûr à la formidable petite famille : Caroline, Chloé, Julien et P-A. Merci bien sûr à « Toujours Plus » Coline, Pauline, Anne-Sophie, Danny et Erwan. A Fanny, et ton doux regard sur la vie ! Et à mes supers co-internes de Jules Verne : Louise, Valentine et Thomas.

A Hugo. Merci pour ton sourire, ton rire et ton regard vif et pétillant. Merci pour tous ces beaux moments que nous partageons !

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

LISTE DES ABREVIATIONS

AINS – Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

ANAES – Agence Nationale d’Accréditation et d’Evaluation en Santé

CNGOF – Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CHU – Centre Hospitalier et Universitaire

CRAT – Centre de Référence sur les Agents Tératogènes

DU – Diplôme Universitaire

DIU – Diplôme Inter-Universitaire

EBM – Evidence Based Medecine

FMC – Formation Médicale Continue

HAS – Haute Autorité de la Santé

OMS – Organisation Mondiale de la Santé

PMI – Protection Maternelle et Infantile

SARM – Staphylococcus Aureus Résistant à la Méricilline

SASPAS – Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

TABLE DES MATIERES

1.INTRODUCTION.....	10
2.GENERALITES.....	13
2.1.L'allaitement maternel.....	13
2.2.Les complications de l'allaitement.....	15
2.2.1.L'engorgement.....	16
2.2.1.1.Expression clinique.....	16
2.2.1.2.Prise en charge.....	16
2.2.2.La mastite.....	17
2.2.2.1.Physiologie.....	17
2.2.2.2.Expression clinique.....	19
2.2.2.3.Prise en charge.....	19
2.2.2.3.1.Poursuite de la vidange du sein et innocuité de la poursuite de l'allaitement.....	19
2.2.2.3.2.Traitement symptomatique.....	20
2.2.2.3.3.Prélèvement de lait et Antibiothérapie.....	20
2.2.2.3.4.Réévaluation.....	22
2.2.3.L'abcès du sein lactant.....	23
2.2.3.1.Expression clinique.....	23
2.2.3.2.Prise en charge.....	23
3.ENQUETE DE PRATIQUE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES SUR LA PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS DE L'ALLAITEMENT.....	25
3.1.Objectifs.....	25

3.2. Matériel et Méthodes	25
3.2.1. Type d'étude.....	25
3.2.2. Population étudiée	25
3.2.3. Critères d'inclusion ou d'exclusion.....	25
3.2.4. Construction du questionnaire.....	26
3.2.5. Diffusion du questionnaire	27
3.2.6. Méthode statistique	28
3.2.7. Ethique	28
3.3. Résultats	29
3.3.1. Population	29
3.3.2. Prévalence des pathologies en consultation.....	29
3.3.3. Attitude au stade d'engorgement	30
3.3.4. Attitude au stade de mastite inflammatoire.....	31
3.3.5. Attitude au stade de mastite infectieuse	32
3.3.6. Attitude au stade d'abcès du sein lactant.....	34
3.3.7. Orientation en cas d'abcès du sein	35
3.3.8. Sous-analyse selon le sexe et la durée d'exercice.....	35
3.4. Discussion	38
3.4.1. Description du recueil	38
3.4.2. Limites de l'étude	38
3.4.3. Résultats de l'étude.....	40
3.4.4. Mais quel consensus ?.....	43

3.4.5. Formation et outils des médecins généralistes.....	45
4. CONCLUSION.....	48
5. BIBLIOGRAPHIE.....	50
6. ANNEXES.....	55

1. INTRODUCTION

L'HAS et l'OMS préconise un allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois (1)(2). Le choix de l'allaitement émane d'une décision personnelle et les femmes ont besoin d'être accompagnées à tout moment par les professionnels de santé.

En France, en 2011, parmi les 70 % des mères ayant débuté un allaitement, seuls 19% des nourrissons recevaient encore du lait maternel à 6 mois. La durée médiane d'allaitement est de 17 semaines, témoignant d'un sevrage précoce (3). De plus, en France métropolitaine, on note en 2016 une forte diminution de l'allaitement maternel exclusif à la maternité (52,2 %) après avoir observé une augmentation entre 1995 et 2010 (4).

Les bienfaits de l'allaitement maternel ne sont plus à prouver.

Il constitue un élément majeur de la relation mère-enfant et participe activement au développement psycho-affectif, neurologique et cognitif. D'un point de vue nutritif, le lait maternel apporte au nourrisson l'ensemble des éléments dont il a besoin en s'adaptant à sa croissance. Il a aussi un rôle immunitaire en contenant des protéines comme les immunoglobulines mais aussi des cellules immunocompétentes qui vont offrir au nourrisson une immunité à la fois passive et active. En effet, l'allaitement maternel participe à la protection contre les infections infantiles telles que les diarrhées invasives et les pneumopathies. Il favorise une diminution de l'incidence du diabète et de l'obésité et semble avoir un effet protecteur dans les familles à terrain atopique en diminuant l'incidence de l'eczéma, de l'asthme et de la rhinite allergique. De plus, on note chez les femmes ayant allaité une diminution de l'incidence du cancer du sein et du risque cardiovasculaire (1)(5)(6).

Economiquement, l'allaitement maternel permet de limiter le surcoût pour les familles lié à l'achat du lait artificiel et à plus grande échelle, diminue les frais de santé liés à la prise en charge des pathologies

citées précédemment. Enfin, sur le plan écologique, il évite le coût énergétique nécessaire à la production du lait artificiel.

Les situations où le lait artificiel est préférable sont rares (infections maternelles à HIV, HTLV1, galactosémie congénitale). Les infections généralisée ou localisées maternelles n'empêchent pas de nourrir l'enfant tout en limitant parfois les contacts mère-enfant par l'utilisation d'un tire-lait. De même, les congestions, mastites ou abcès du sein ne sont pas des contre-indications à l'allaitement (1).

Les femmes peuvent présenter des complications qui peuvent mettre en péril la poursuite de l'allaitement. Des douleurs lors des tétées, des lésions du mamelon et autres difficultés rencontrées peuvent être à l'origine de la diminution de la vidange du sein. On peut alors observer la survenue d'un engorgement qui est un œdème interstitiel causé par la stase lactée. La mastite est aussi une complication possible : c'est une inflammation locale qui peut évoluer vers une infection par multiplication des bactéries. 5 à 33 % des femmes allaitantes vont présenter une mastite. Enfin, l'apparition d'un abcès, collection purulente bien délimitée, est possible mais sa survenue reste rare (7).

Pour chacune de ses pathologies, il existe actuellement différentes recommandations de prise en charge. En France, l'ANAES qui a été regroupée aujourd'hui au sein de l'HAS a publié des recommandations de bonne pratique en 2002 (1). Au niveau mondial, l'OMS destinait un recueil aux professionnels et aux parents en 2004 (8). Le CNGOF a publié ses recommandations en 2015 avec une recherche bibliographique par Louis Marcellin (9). Cependant, d'autres pratiques sont aussi observées chez les professionnels de la périnatalité.

Le fait qu'une femme arrête l'allaitement après une mastite ou un abcès dépend en partie de la qualité de l'aide et des conseils qu'elle aura reçus. Il semble donc nécessaire que les soignants participent pleinement à la prise en charge, à l'accompagnement et au soutien des pathologies de l'allaitement à

chaque échelon : les pédiatres et les sages-femmes à la maternité, les médecins généralistes, les sages-femmes libérales et les chirurgiens gynécologues obstétriciens.

Les médecins généralistes sont souvent les premiers contacts du système de soins et peuvent donc être amenés à prendre en charge en premier lieu les femmes allaitantes présentant des complications locales au niveau de leurs seins.

En 1998, une thèse basée sur un questionnaire auprès de 20 médecins généralistes observait les représentations et les prises en charge lors de l'allaitement : les connaissances sur la prévention et le traitement des complications locales semblaient très faibles (10).

Aujourd'hui, quelle est la prise en charge des complications locales de l'allaitement par les médecins généralistes ? Leur pratique favorise – t – elle la poursuite de l'allaitement ?

Il nous a donc paru intéressant de faire un état des lieux de la pratique des médecins généralistes face à l'apparition d'un engorgement, d'une mastite ou d'un abcès du sein.

2. GENERALITES

2.1. L'allaitement maternel

L'allaitement maternel exclusif est le mode de nutrition le plus approprié pour assurer croissance et développement au nourrisson de 0 à 6 mois. L'allaitement correspond à l'action de donner du lait maternel, quel que soit le mode d'administration (sein ou biberon). On considère qu'il est « exclusif » si le nouveau-né ne reçoit aucun autre ingesta que le lait maternel (et de l'eau), ou « partiel » dès lors qu'il reçoit du lait artificiel ou des aliments lors de la diversification.

En France, alors qu'il était depuis 1995 en augmentation, on observe depuis 2010 dans les maternités une diminution de l'allaitement maternel exclusif (4).

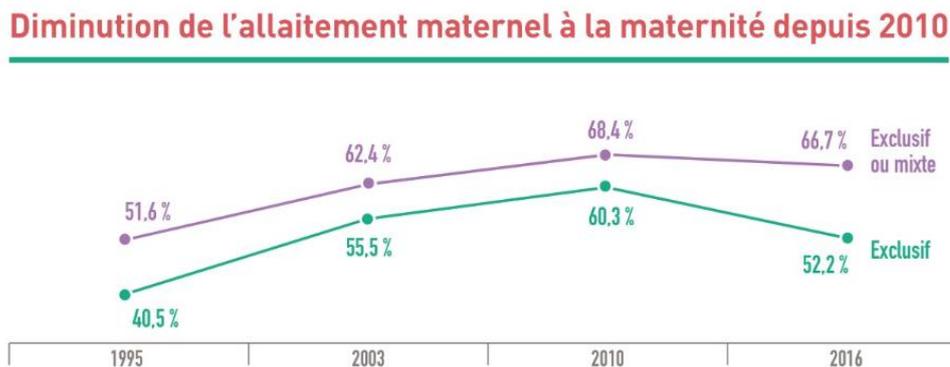


Illustration 1 : Diminution de l'allaitement maternel à la maternité depuis 2010 (Enquête Nationale Périnatale 2016, 2017) (4)

Le sevrage semble précoce dans l'étude DRESS de 2013 qui évalue selon les certificats des 8^{ème} jours, 9^{ème} mois et 24^{ème} mois l'alimentation des nourrissons : 10% des femmes arrêtent dès la sortie de la maternité. Les enfants allaités, de façon exclusive ou partielle, ne sont plus que 50% à 5 semaines, 40% à 11 semaines, 30% à 4 mois et 18.5% à 6 mois (11).

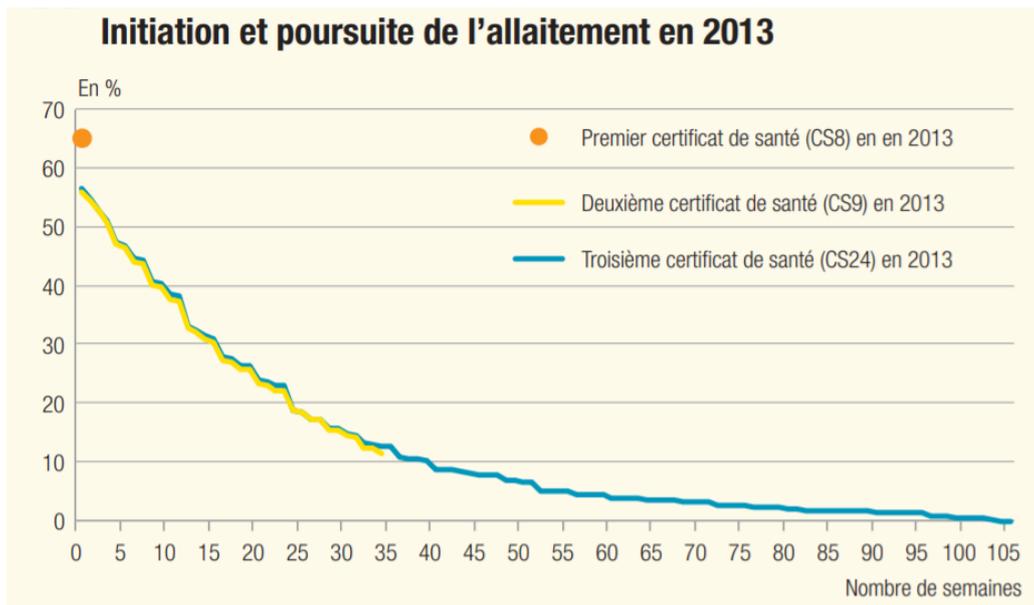


Illustration 2 : Initiation et poursuite de l'allaitement en 2013 (Etudes et résultats DRESS : 2 nouveaux sur 3 sont allaités à la naissance, Avril 2016) (11)

Dès sa naissance, le bébé est disposé à téter et le contact peau à peau mère-enfant est immédiat pour permettre au nouveau-né de s'approprier ce nouvel environnement. C'est notamment lors des 3 premiers jours qu'il va recevoir le colostrum, riche en protéines et anticorps indispensables à l'immunisation du nouveau-né. A la naissance, le rythme des tétées est irrégulier et la mise au sein est initiée au moindre signe d'éveil. La cohabitation mère-enfant est préconisée 24 heures sur 24 pour permettre un allaitement à la demande, notamment la nuit. Avec les stimulations du bébé et des phénomènes hormonaux, la production maternelle de lait va s'intensifier et la glande mammaire va présenter une congestion vasculaire : c'est « la montée de lait », à partir du deuxième jour, qui peut être douloureuse.

Lors de la tétée, deux facteurs sont importants : la position du nouveau-né face à la maman et la bonne prise au sein pour une succion efficace et un transfert de lait efficace, en limitant les douleurs et les lésions du mamelon. Les données actuelles ne permettent pas de recommander une pratique plutôt qu'une autre dans la prévention des affections du mamelon (9). Pendant les premières semaines, le rythme des tétées varie selon la demande de l'enfant : il n'y a pas de recommandations sur un rythme

strict. Aussi, il faut savoir qu'imposer une durée de quatre heures entre chaque tétée est associé à plus de difficultés d'allaitement et d'arrêt précoce (9).

Il n'y a pas de données mettant en évidence la nécessité de donner un ou deux seins lors d'une tétée. Il est cependant important de proposer le deuxième sein lorsque l'enfant interrompt la tétée avec le premier afin de prévenir l'engorgement (9).

L'allaitement maternel suit la loi de l'offre et de la demande : le volume de lait produit augmente avec l'efficacité et le rythme des tétées. Un bon fonctionnement de l'allaitement avec une production suffisante de lait maternel s'observe d'abord au niveau des couches. Pendant le premier mois, le nourrisson urine au moins six fois par jour et a environ trois selles jaunâtres qui pourront ensuite s'espacer. L'efficacité de l'allaitement s'observe aussi au niveau de la prise de poids du nourrisson (20 à 30 grammes par jour), de son comportement et bien sûr au niveau des sensations maternelles.

2.2. Les complications de l'allaitement

Les difficultés de l'allaitement doivent être prévenues par les professionnels de santé. On estime que 60% des femmes stoppent leur allaitement plus tôt qu'elles ne le désirent. Les complications maternelles en sont en partie responsables (12).

L'une des premières difficultés est l'apparition d'une hypersensibilité ou d'une lésion du mamelon avec des douleurs lors des tétées. Une mycose mammaire est aussi possible. La mastite est relativement fréquente chez les femmes allaitantes surtout lors des trois premiers mois avec une incidence qui varie de 5 à 33% selon les données de la littérature. Une femme sur quatre interrompt l'allaitement à la suite d'un épisode de cette pathologie (9). La survenue de l'abcès du sein est plutôt rare : 0,4-0,5% des femmes allaitantes (13). Il vient compliquer l'évolution de 3% des mastites (14).

Nous allons détailler l'expression clinique et la prise en charge de chacune de ces pathologies.

2.2.1. L'engorgement

2.2.1.1. Expression clinique

L'engorgement correspond à une stase lactée à la suite d'un mauvais drainage. Il est différent de la montée de lait qui est une congestion physiologique lors de la lactogénèse : en effet, l'œdème est plutôt vasculaire par augmentation de l'apport sanguin, et du volume de lait produit.

Lors de l'engorgement, l'accumulation de lait va entraîner un œdème interstitiel avec augmentation de la pression alvéolaire qui va diminuer l'efficacité de chaque tétée.

Cliniquement, on observe une induration douloureuse du sein, souvent bilatérale, qui peut être accompagnée d'un fébricule.

2.2.1.2. Prise en charge

Le but est de rétablir le drainage du sein pour résorber cet engorgement. On observe les tétées et on vérifie le positionnement du nourrisson et la prise du mamelon, ces deux éléments pouvant être responsables d'une mauvaise extraction du lait. Une contre-pression aréolaire peut aussi faciliter le geste. Si cela n'est pas assez efficace, l'expression est aussi possible manuellement ou à l'aide d'un tire lait électrique. A la fin de chaque tétée, on utilise le tire-lait électrique pour augmenter le volume drainé.

L'accompagnement et le soutien psychologique des femmes sont importants et bénéfiques.

Une prise en charge antalgique par paracétamol est possible. Les topiques, packs de glaces, acupuncture, physiothérapie par ultrasons, ocytocines, traitement à base de substance dite enzymatique, la restriction hydrique, et le traitement diurétiques n'ont pas démontré leur efficacité et ne sont pas recommandés (9).

2.2.2. La mastite

2.2.2.1. Physiologie

L'accumulation de lait non drainé va être à l'origine d'une réaction inflammatoire qui, avec la multiplication de bactéries au niveau de la stase laiteuse, peut aboutir à une infection du sein. Le terme de mastite, qui est retrouvé dans les recommandations internationales, englobe deux situations cliniques : la mastite inflammatoire (ou anciennement appelée lymphangite) et la mastite infectieuse (anciennement appelée galactophorite).

La différence entre inflammation et infection est difficile à mettre en évidence uniquement avec les signes cliniques. Le caractère « infecté » du lait les différencie avec la possible mise en évidence d'un germe en culture. Dans l'étude de Thomens et al (15), c'est la numération en bactéries et en cellules qui permet de déterminer les différents stades avec un réel continuum. On distingue la stase lactée (< 10^6 leucocytes et < 10^3 bactéries par ml de lait), l'atteinte inflammatoire non infectieuse (> 10^6 leucocytes et < 10^3 bactéries par ml de lait), et l'atteinte infectieuse (> 10^6 leucocytes et > 10^3 bactéries par ml de lait).

	< 10^6 leucocytes par ml de lait	> 10^6 leucocytes par ml de lait
< 10^3 bactéries par ml de lait	Stase lactée	Mastite inflammatoire
> 10^3 bactéries par ml de lait		Mastite infectieuse

Tableau 1 : Les différentes stades selon la numération en bactéries et en cellules

Dans cette étude, la stase lactée avait une évolution favorable spontanée avec la poursuite de l'allaitement tandis que la mastite inflammatoire nécessitait une expression manuelle complémentaire. Enfin, une antibiothérapie était nécessaire pour la mastite infectieuse.

Le pathogène principalement responsable de mastite est le *Staphylocoque aureus*, incluant notamment le SARM (*Staphylocoque aureus* résistant à la méticilline), surtout si l'infection est

survenue en hospitalier. Les autres germes responsables sont aussi *Staphylocoque epidermidis*, la famille des streptocoques, les anaérobies et entérobactéries dont *Escherichia coli* (16)(17). Il existe aussi des cas de mastites lors des fièvres typhoïdes, infections à salmonelles, mais encore mastites tuberculeuses ou fongiques à cryptocoques et candida (8).

En cas de mastite infectieuse, la porte d'entrée est souvent cutanée (principalement dans les pays industrialisés) ou plus rarement hématogène lors d'une pathologie systémique. La présence de lésion cutanée comme les crevasses sur le mamelon est un facteur de risque de mastite. La bactérie peut adhérer aux cellules épithéliales des canaux de la glande et l'infection peut remonter dans le sein. En effet, dans le contexte de stase lactée et donc d'engorgement, on observe des lésions des canaux lactifères. Certaines protéines comme la fibronectine, le collagène et le fibrinogène sont sécrétées et vont fixer les germes. A noter que l'on retrouve dans le lait des protéines qui sont en compétition avec ces dernières pour inhiber la croissance bactérienne, destinées au nourrisson.

Dès la naissance, lors du peau à peau, la mère transmet sa flore cutanée et respiratoire au nouveau-né. Celle-ci va coloniser les voies respiratoires, digestives et la peau du nourrisson pour lui constituer sa flore commensale, barrière contre les agents pathogènes. La colonisation bactérienne de l'enfant mais aussi du sein débute avec de nombreux germes, dont certains sont pathogènes comme le *Staphylocoque aureus*, sans pour autant être responsable d'infection. La mère et son nourrisson sont tous les deux porteurs des mêmes bactéries. Il est important de noter que 30 à 50 % de la population est porteuse saine du staphylocoque au niveau de la peau et des muqueuses externes. De même, le *Staphylocoque aureus* a été retrouvé dans le lait maternel de patientes asymptomatiques (18). Comme énoncé par l'OMS : « Beaucoup de femmes qui allaitent et dont la peau ou le lait contiennent des bactéries potentiellement pathogènes ne présentent pas de mastite. Mais beaucoup de femmes qui présentent une mastite ont un lait exempt de germes pathogènes » (8).

Les études n'ont révélé aucun impact négatif sur l'enfant allaité d'une mère souffrant de mastite ou d'abcès à *Staphylocoque aureus*. A noter qu'une contamination bactérienne par le lait est possible,

notamment lors des dons et échanges de lait. Cela est cependant très encadré au niveau de la collecte, préparation, conservation et distribution par les services de lactarium pour garantir qualité et sécurité du produit. Des infections néonatales secondaires après allaitement au sein sont aussi décrites (*Streptocoque B, Listeria monocytogenes*) (8).

2.2.2.2. Expression clinique

Il s'agit un placard érythémateux chaud, douloureux, et induré d'une partie du sein, d'apparition souvent brutale. S'y associe parfois une trainée de lymphangite ainsi que des signes généraux (fièvre jusqu'à 39-40°, céphalées, courbatures). Le lait recueilli peut contenir du pus : c'est le signe de Budin, peu utile en pratique. Il serait en faveur d'une mastite infectieuse sans que sa pertinence n'ait été véritablement évaluée.

2.2.2.3. Prise en charge

2.2.2.3.1. Poursuite de la vidange du sein et innocuité de la poursuite de l'allaitement

L'axe central de la prise en charge s'articule autour de la stimulation du drainage du sein le plus précocement possible pour éviter l'aggravation des symptômes. La mère est guidée lors de sa tétée pour avoir le meilleur positionnement possible. On corrige si besoin la prise du mamelon. L'extraction manuelle est également bénéfique. L'utilisation d'un tire-lait est recommandée autant que possible. Il faut retrouver une vidange du sein efficace, complète et fréquente. Si le drainage lacté est suffisant, la régression des symptômes est possible.

La poursuite de l'allaitement maternel à ce stade n'a pas de conséquences négatives pour l'enfant (19). Le caractère infectieux et parfois la présence de pus peuvent être source d'inquiétude pour les parents et les professionnels de santé qui conseillent d'extraire le lait manuellement et de le jeter. Les études n'ont pas mis en évidence de complications chez les nourrissons de femmes allaitantes souffrant de mastites. On note quelques cas de transmissions d'infection à streptocoques du groupe B à des

nourrissons de mères atteinte d'abcès du sein. Un cas de mastite à Salmonelles avec une coproculture positive chez l'enfant a également été rapporté. L'évolution a toujours été favorable sous antibiothérapie, sans interruption de l'allaitement. Ces quelques cas ne justifient pas d'une politique d'arrêt de l'allaitement : il est important de maintenir l'allaitement pour la santé de la mère et de l'enfant (1)(2)(7).

Cependant, il n'y a pas de consensus sur ce point. On retrouve dans les recommandations du CNGOF un accord professionnel : « interruption de l'allaitement par le sein infecté tout en poursuivant sa vidange par un tire-lait » (9).

2.2.2.3.2. Traitement symptomatique

Il faut bien sûr soulager la douleur de la patiente en prescrivant si besoin du paracétamol. Lors des tétées, on peut appliquer des compresses chaudes au niveau de la poitrine. A distance, on peut mettre du froid.

La prescription d'anti-inflammatoires tel que l'ibuprofène est possible selon les données du CRAT et pourrait diminuer les symptômes de l'inflammation. Elle n'est cependant pas validée : aucune étude n'a évalué le bénéfice de cette prescription. Il n'est donc pas recommandé de prescrire de l'aspirine ou des anti-inflammatoires dans le traitement des mastites, selon un accord professionnel CNGOF (9).

2.2.2.3.3. Prélèvement de lait et Antibiothérapie

A l'heure actuelle, il n'y a pas de consensus sur l'initiation et sur le choix de l'antibiothérapie dans le cadre de mastite. En 2013, une revue Cochrane de la littérature sur ce sujet n'a permis de retrouver que deux études correspondantes aux critères d'essais randomisés contrôlés sans pour autant pouvoir offrir une conclusion sur l'utilité de la prescription d'antibiotiques face à une mastite (20).

Dans une étude rétrospective, un tiers des femmes atteintes de mastite guérit sans antibiothérapie (21). Une autre étude fait part de complications (abcès du sein, septicémie et mastite récurrente) qui surviennent dans 85% des cas de mastites non prises en charge par antibiothérapie, et 3,6% des cas avec antibiothérapie (15).

En l'absence d'évidence claire, en France, la prescription immédiate après prélèvement d'une antibiothérapie anti-staphylococcique est recommandée (grade C) en 2015 par les gynécologues du CNGOF (9).

Cependant, dans une dynamique globale de limitation de prescription d'antibiotiques, on note du côté du secteur de la périnatalité une prescription non systématique (22). De plus, en 2002, l'ANAES était plutôt en faveur d'une prescription d'antibiotiques :

- En cas de mastite infectieuse (confirmée par une mise en culture du lait si possible, avec réalisation d'un antibiogramme),
- Si les symptômes sont graves d'emblée,
- Si une lésion du mamelon est visible,
- Si les symptômes ne s'améliorent pas en 12 à 24 heures (1).

Concernant les antibiotiques, ils ciblent les germes retrouvés comme exposé précédemment en optimisant la tolérance maternelle et fœtale. Pour être efficace contre le *Staphylocoque aureus*, l'antibiotique doit être notamment résistant à certaines bêta-lactamases.

Actuellement, dans le secteur de la périnatalité, il est utilisé en première intention la Cloxacilline (ORBENINE®) 1 gramme 2 fois par jour, avec une quantité de Cloxacilline ingérée via le lait très faible. En deuxième intention, c'est la Pristinamycine (PYOSTACINE®) 1 gramme 2 fois par jour avec tout de même un risque d'hypersensibilité cutanée, puis éventuellement l'Amoxicilline – Acide clavulanique (AUGMENTIN®) 1 gramme – 125mg 3 fois par jour, avec une moins bonne tolérance notamment digestive (diarrhées) et un spectre plus large qui favorise la sélection de germes résistants (22). La

durée est de 10 à 14 jours, une durée plus courte étant associée à un risque de rechute (2). L'utilisation de ces molécules est possible selon les données du CRAT.

Une étude randomisée s'est intéressée aux probiotiques avec administration de souches de *Lactobacillus Fermentum* et *salivarius* versus antibiothérapie avec diminution du portage de bactéries dans le lait maternel, et moindre récurrence des mastites (23). Cela sera à approfondir dans l'avenir.

Concernant le prélèvement de lait, le CNGOF recommande un prélèvement systématique (9). A l'inverse, l'OMS préconise une prescription plus sélective :

- Mastite nosocomiale,
- Mastite inhabituelle ou sévère,
- Si pas de réaction aux antibiotiques depuis deux jours,
- Si mastite récidivante (2).

En effet, il n'y a pas toujours de parallèle entre le résultat du prélèvement et la clinique. Comme dit précédemment, de nombreuses femmes qui allaitent peuvent présenter une bactérie pathogène comme le *Staphylocoque aureus* dans leur lait sans pour autant avoir une mastite et 30 à 50 % de la population est porteuse chronique de *Staphylocoque aureus* (18). De plus, le prélèvement et le technicage de l'échantillon peuvent fausser le résultat : prélèvement contaminé, isolement d'un germe saprophyte, ou mauvaise numération bactérienne.

2.2.2.3.4. Réévaluation

Une réévaluation précoce à 24 – 48 heures est nécessaire pour observer l'évolution de la pathologie et permettre au soignant de prodiguer soutien et conseils à la patiente. La femme peut recevoir des conseils divergents et contradictoires de l'entourage et des professionnels de santé. Elle a donc besoin d'être guidée avec un soutien éclairé et de la réassurance.

2.2.3. L'abcès du sein lactant

2.2.3.1. Expression clinique

L'abcès du sein fait souvent suite à une mastite avec une prise en charge inadéquate : retard de consultation, antibiothérapie inadaptée, injonction d'arrêt de l'allaitement. Il s'agit d'une collection purulente qui se présente sous forme d'une tuméfaction nodulaire palpable, rénitente, douloureuse. Des signes inflammatoires locaux et généraux ne sont pas systématiquement présents. Le diagnostic est confirmé par l'échographie qui est l'examen le plus spécifique.

2.2.3.2. Prise en charge

Malgré une antibiothérapie adaptée, la coque de l'abcès constitue une barrière physique et un drainage est nécessaire. Il n'existe pas d'études comparatives des différentes stratégies de traitement de l'abcès du sein lactant.

Jusqu'à présent, le traitement chirurgical par l'incision et le drainage de l'abcès était recommandé par le CNOGF, sans antibiothérapie systématique associée. La réalisation de ponctions itératives à l'aiguille est une alternative au drainage chirurgical dans les formes modérées (abcès < 3 cm et homogène) (9).

Le traitement chirurgical se fait sous anesthésie générale, avec hospitalisation et séparation mère-enfant le temps de l'intervention. C'est une incision qui peut être mutilante, parfois proche de l'aréole, avec des soins de pansements réguliers, des douleurs et une cicatrisation très longue. La poursuite de l'allaitement est mise à mal et n'est souvent pas encouragée par les professionnels de santé.

On note actuellement le développement de la ponction itérative avec repérage échographique, sous anesthésie locale, en ambulatoire. Plusieurs ponctions sont parfois nécessaires. Il n'y a pas de cicatrice disgracieuse, et moins de dégradation de la glande mammaire. De plus, cela favorise la poursuite de l'allaitement. Une étude récente rétrospective à Lyon a mis en évidence l'efficacité de la prise en charge par ponction en première intention avec efficacité chez 31 femmes sur les 40 atteintes et poursuite de l'allaitement chez 88% d'entre elles (24).

En cas d'abcès du sein, l'allaitement maternel peut être poursuivi du côté controlatéral et du côté atteint. On utilise un tire-lait si la tétée est trop douloureuse ou si l'incision est proche de l'aréole, jusqu'à cicatrisation (9).

Le suivi maternel rapproché doit être prolongé jusqu'à la guérison complète.

3. ENQUETE DE PRATIQUE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES SUR LA PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS LOCALES DE L'ALLAITEMENT

3.1. Objectifs

L'objectif principal de l'étude est de faire un état des lieux de la prise en charge des médecins généralistes lors l'apparition des complications locales de l'allaitement chez leurs patientes.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer si leur pratique favorise la poursuite de l'allaitement, et si elle suit les recommandations actuelles.

3.2. Matériel et Méthodes

3.2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, monocentrique, transversale de type enquête de pratique.

3.2.2. Population étudiée

La population étudiée concerne des médecins généralistes exerçant en libéral, qu'ils soient installés, salariés, ou remplaçants. Initialement centrée sur la Loire – Atlantique et la Vendée, la zone géographique a été étendue aux autres départements de la région Pays de la Loire : Sarthe, Mayenne et Maine-et-Loire.

3.2.3. Critères d'inclusion ou d'exclusion

Tout utilisateur ayant rempli le questionnaire n'était pas forcément inclus dans l'étude. Il fallait avoir répondu à la totalité du questionnaire. Seuls les médecins généralistes étaient inclus. Les autres professions (gynécologue-obstétricien ou sage-femme) ont été exclues.

3.2.4. Construction du questionnaire

Nous avons construit un questionnaire en deux parties en octobre 2019. Il a été élaboré avec l'aide des Docteurs Sandrine BOUDAULT, et Cécile BOSCHER, pédiatres, exerçants au lactarium du CHU de Nantes.

La version finale a été relue par deux médecins généralistes exerçant en libéral, par Docteur Thibault THUBERT gynécologue-obstétricien, et par Docteur Sandrine BOUDAULT et Docteur Cécile BOSCHER, pédiatres.

La première partie concernait d'abord des données épidémiologiques afin de mieux connaître la population étudiée (sexe, profession, durée d'exercice). On s'intéressait ensuite à la fréquence de survenue en consultation du motif « allaitement », puis aux nombres de mastites et d'abcès du sein pris en charge au cours de leurs carrières.

La seconde partie se déroulait sous forme d'un cas clinique avec mise en situation en consultation de médecine générale. Les quatre premières questions correspondaient chacune à un stade évolutif d'une complication du sein lactant : l'engorgement, la mastite inflammatoire, la mastite infectieuse puis l'abcès du sein. On y trouvait une description du cas clinique puis une question sur la prise en charge avec des réponses fermées. Les réponses considérées comme valides correspondaient aux recommandations actuelles ainsi qu'à la prise en charge réalisée au lactarium du CHU de Nantes. Certaines réponses proposées n'étaient pas conformes. A l'issue de chaque étape, dans un but pédagogique, on retrouvait une correction avec affirmation des bonnes réponses, et explication de la prise en charge. Enfin, la dernière question était une question ouverte qui demandait au praticien vers qui il adressait les patientes qui présentaient un abcès du sein lactant.

A la fin du questionnaire, un lien hypertexte était proposé vers le document PDF « Livret Allaitement maternel, à destination des professionnels », réalisé par le réseau Sécurité Naissance – Naitre

ensemble, réseaux des maternités et des professionnels de la périnatalité de la région Pays de la Loire en 2019.

Le questionnaire a été mis en ligne à l'aide du générateur de formulaire Google Forms, et était accessible l'adresse suivante : <https://forms.gle/HqtqhQvyamJBmpR37>.

Le questionnaire utilisé est présenté dans l'annexe 1.

3.2.5. Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été accessible en ligne du 11 novembre 2019 au 15 mai 2020, soit une durée globale de 6 mois.

Différentes listes de diffusion par mail ont été utilisées :

- Participants aux FMC et DU de Gynécologie du CHU de Nantes, en novembre 2019.
- Médecins généralistes exerçant au Centre d'Accueil et de Permanence des Soins de Guérande, en février 2020.
- Praticiens en médecine générale « Stage praticien niveau 1 », et « SASPAS » de l'Université de Nantes, en mars 2020.
- Praticiens appartenant à l'Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays de Loire, lors de l'envoi groupé de questionnaires de thèse et d'études, en mars 2020.

Le questionnaire était aussi accessible depuis décembre 2019 sur le site du Conseil Départemental de Loire-Atlantique de l'Ordre des Médecins dans la rubrique « Questionnaire et thèse ».

Enfin, un accès était aussi possible à partir du groupe Facebook « Remplacements en médecine générale en Pays de la Loire », à partir de décembre 2019.

3.2.6. Méthode statistique

Tout d'abord, une analyse a été réalisée sur les données quantitatives : les résultats sont donnés sous forme d'effectifs et de pourcentages pour chaque réponse. Le traitement des données a été réalisé sur le logiciel Excel.

Pour les quatre grandes questions des stades Engorgement, Mastite inflammatoire, Mastite infectieuse et Abscess, nous avons observé et classé pour chacune :

- Le pourcentage de médecins ayant choisi TOUTES les propositions valides, soit le pourcentage de médecins ayant une **prise en charge totalement bénéfique** pour la patiente, et favorisant la poursuite de l'allaitement.
- Le pourcentage de médecins ayant choisi CERTAINES propositions valides mais PAS TOUTES, et n'ayant pas choisi de propositions négatives. On considère qu'ils ont alors une **prise en charge partiellement bénéfique**.
- Le pourcentage de médecins ayant choisi AU MOINS UNE proposition jugée comme défavorable ou négative pour la patiente ou la poursuite de l'allaitement. On considère alors qu'ils ont une **prise en charge défavorable**.

Ensuite, nous avons réalisé une sous-analyse pour évaluer si le sexe ou la durée d'exercice était un facteur confondant de réponse aux quatre grandes questions du cas clinique. L'analyse statistique a été réalisée avec le test du Chi 2, ou le test Fisher lorsque ce n'était pas possible. Nous avons alors utilisé l'outil de statistiques en ligne <https://biostatgv.sentiweb.fr/>.

3.2.7. Ethique

Les réponses au questionnaire étaient entièrement anonymisées et aucune adresse mail n'a été demandée.

3.3. Résultats

3.3.1. Population

La population cible est donc constituée de médecins généralistes exerçant dans la région Pays de la Loire, et qui ont répondu au questionnaire dans sa totalité. 211 médecins ont rempli le questionnaire dans sa totalité. Trois médecins n'ont pu être retenus car ils s'agissaient de spécialistes en chirurgie gynécologique et obstétrique.

Nous avons donc analysé les résultats de 208 médecins généralistes qui exercent dans la région du Pays de la Loire (n= 208).

Sur les 208 participants, 83 % étaient des femmes (n=172) tandis que 17 % étaient des hommes (n=36).

Concernant la durée d'exercice, 53 % des médecins généralistes exerçaient depuis moins de 5 ans (n=110), 26% exerçaient depuis plus de 10 ans (n=54) et 21 % exerçaient depuis environ 5 à 10 ans (n=44).

3.3.2. Prévalence des pathologies en consultation

Le motif « allaitement » concerne 0 consultation/mois pour 22 % (n=46) des praticiens, 1 à 5 consultations/mois pour 71 % (n=148), 5 à 10 pour 5 % (n=11), > 10 consultations/mois pour 2 % (n=3).

Depuis le début de leur exercice, 34 professionnels (soit 16 %) n'avaient jamais pris en charge de mastite. 122 avaient pris en charge 1 à 5 mastites (soit 59 %), 36 de 5 à 10 (soit 17%) et 17, plus de 10 au cours de leur carrière (soit 8 %). Concernant l'abcès du sein lactant, 58,2% des professionnels (n=121) n'en avaient jamais pris en charge. 37% ont pris en charge 1 à 5 abcès au cours de leur exercice (n=77), 2,4% entre 5 et 10 (n=5) et 2,4% plus de 10 (n=5).

Figure 1 : Répartition des professionnels selon le nombre de mastites prises en charge de mastite au cours de leur exercice

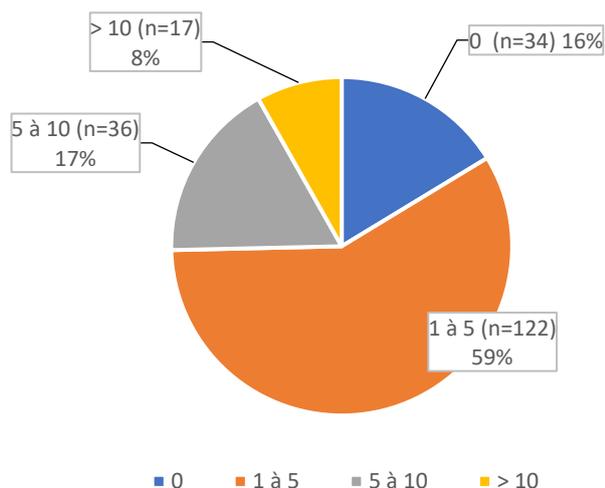
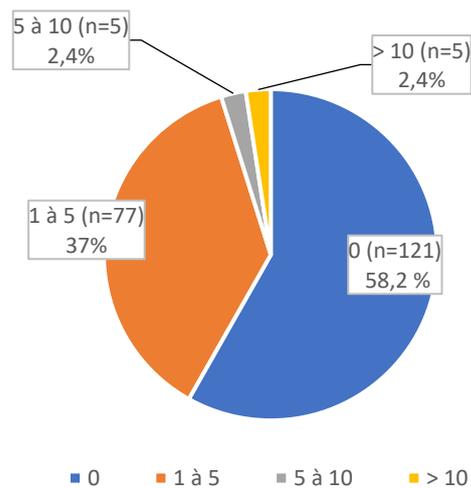


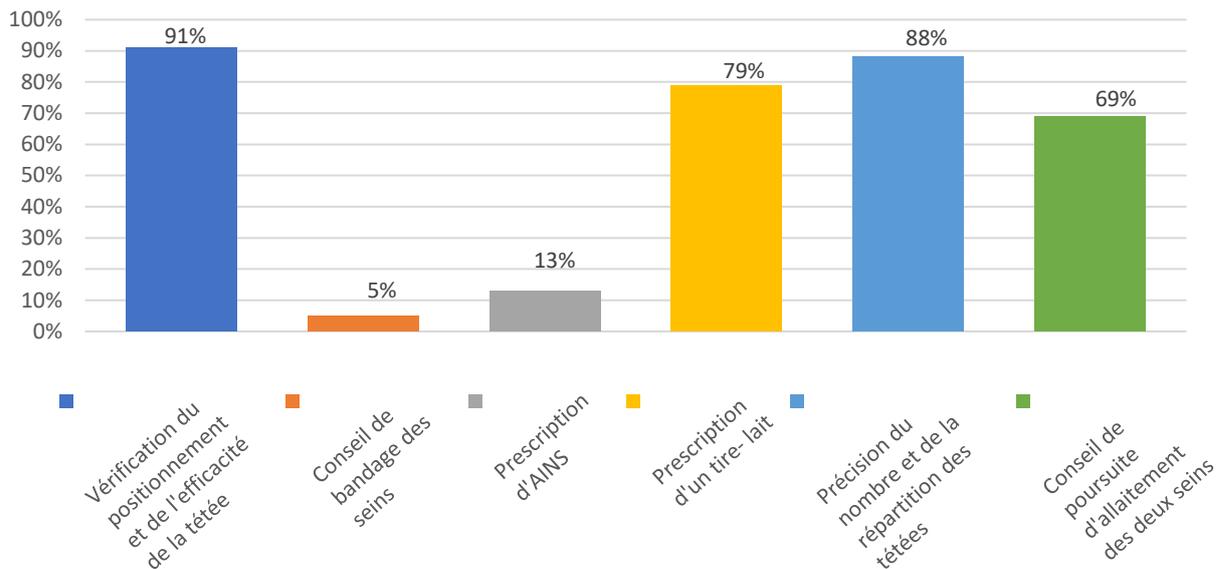
Figure 2 : Répartition des professionnels selon le nombre d'abcès du sein lactant pris en charge au cours de leur exercice



3.3.3. Attitude au stade d'engorgement

Le praticien se retrouve face à une patiente qui présente un sein tendu et douloureux, sans fièvre. 91% des professionnels de santé vont vérifier le positionnement du nourrisson et l'efficacité de la tétée (n=189). 88% vont faire préciser le nombre des tétées et leur répartition au cours des 24 heures (n=183) et 79% vont réaliser la prescription d'un tire-lait pour optimiser la vidange du sein si la tétée est inefficace ou douloureuse (n=165). 69% des médecins généralistes conseillent de poursuivre l'allaitement des deux seins (n=144). On note que 5% vont encourager le bandage des seins afin de diminuer les douleurs (n=10) et 13% vont prescrire des anti-inflammatoires non stéroïdiens (n=27).

Figure 3 : Attitude des professionnels au stade d'engorgement

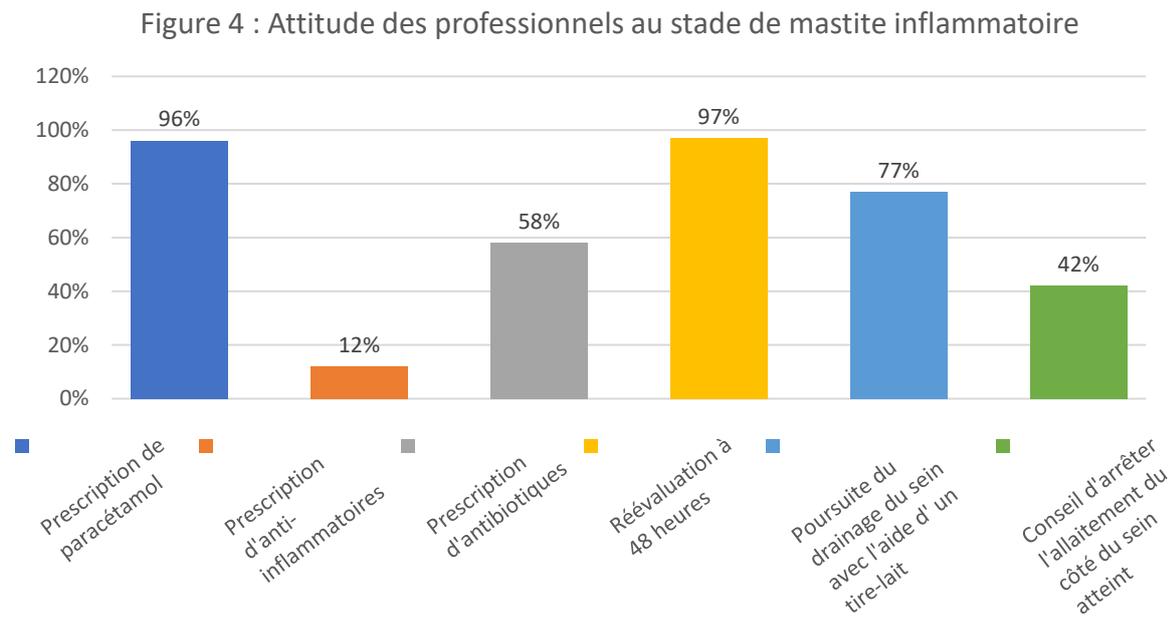


Ainsi, après analyse, parmi les professionnels de santé, 38% ont réalisé une prise en charge totalement bénéfique pour la patiente et la poursuite de son allaitement en sélectionnant toutes les propositions validées au lactarium (n=80). La majorité, 46% a effectué une prise en charge bénéfique pour le patient mais incomplète (n=95) tandis que 16 % ont eu une attitude plutôt défavorable en préconisant la prescription d'anti-inflammatoires ou le bandage des seins (n=33).

3.3.4. Attitude au stade de mastite inflammatoire

Dans la seconde étape du cas clinique, le médecin réévalue la patiente 24 heures plus tard et elle présente au niveau du même sein un placard cutané inflammatoire avec de la fièvre. Cela correspond à une mastite qui évolue depuis moins de 24 heures, sans critère de sévérité, sans lésion mammaire. 96% des professionnels de santé prescrivent du paracétamol (n=200) et 97% d'entre eux vont prévoir de réévaluer la patiente à 48 heures (n=201). 77% encouragent le drainage du sein avec l'utilisation d'un tire-lait (n=161). Ils sont 12% à prescrire des anti-inflammatoires (n=25), 58% à

prescrire un antibiotique (n=120) et 42% à conseiller l'arrêt de l'allaitement (n=87).



En analysant la prise en charge globale effectuée à ce stade, on note que seulement 20% des professionnels ont une prise en charge totalement bénéfique (n=42) avec prescription uniquement de paracétamol, utilisation d'un tire-lait et réévaluation précoce, tandis que 2% vont avoir une prise en charge partiellement bénéfique (n=3) car incomplète. Ils sont 78% à avoir une prise en charge plutôt défavorable en ayant prescrit des anti-inflammatoires, des antibiotiques et/ou encouragé l'arrêt de l'allaitement du côté du sein pathologique (n=163).

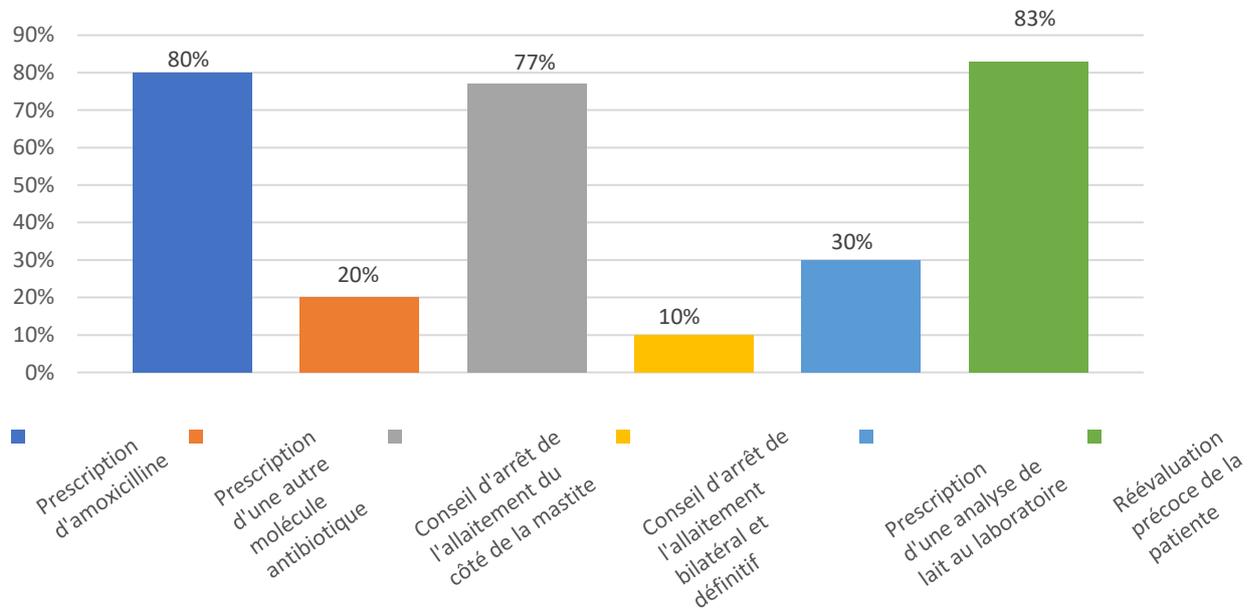
3.3.5. Attitude au stade de mastite infectieuse

A l'étape suivante, le praticien réévalue la patiente à 48 heures avec une aggravation des symptômes, des signes généraux persistants (fièvre), et la présence de pus dans le lait. Cette description clinique au vu de l'évolution correspond cette fois à une mastite infectieuse.

80% des médecins généralistes prescrivent de l'amoxicilline (n=167) tandis que 20% prescrivent une autre molécule antibiotique (n=42). Ils sont 77% des professionnels à conseiller d'arrêter l'allaitement du côté de la mastite (n=161) et 10% à conseiller un arrêt complet de l'allaitement (n=21). 30% vont

prescrire une analyse de lait au laboratoire (n=63). Enfin, 83% des professionnels vont réévaluer précocement la patiente (n=172).

Figure 5 : Attitude des professionnels au stade de la mastite infectieuse



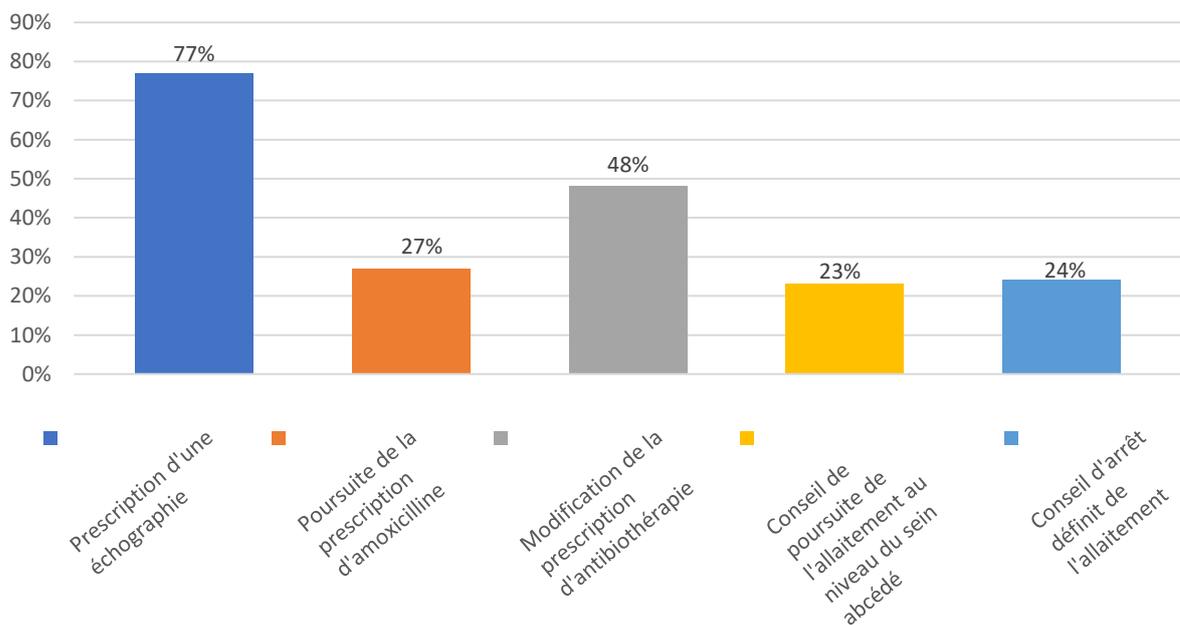
Ainsi, face à cette situation clinique, l'attitude totalement favorable est de prescrire une autre molécule antibiotique que l'amoxicilline et de réévaluer la patiente précocement : les deux propositions ont été sélectionnées par seulement 4 professionnels soit 2% des médecins généralistes. 0,5% ont une attitude partiellement favorable (n=1) en prescrivant uniquement une autre molécule antibiotique que l'amoxicilline. 97,5% des professionnels ont une attitude défavorable en ayant sélectionné une ou plusieurs des propositions qui ne semblent pas adaptées : la prescription d'amoxicilline, le conseil d'arrêt de l'allaitement uni ou bilatéral et la prescription de l'analyse de lait au laboratoire (n=203).

3.3.6. Attitude au stade d'abcès du sein lactant

Malgré une évolution initiale favorable sous antibiothérapie, la situation se dégrade. La dernière étape du cas clinique correspond à l'apparition d'un abcès du sein lactant.

Le diagnostic est confirmé par l'échographie, ce que vont prescrire 77% des médecins généralistes (n=160). On note que 27% vont poursuivre la prescription d'amoxicilline (n=56), tandis que 48% vont modifier la prescription d'antibiothérapie (n=99). Ils sont 23% des praticiens à conseiller de continuer l'allaitement au niveau du sein abcédé (n=47) et 24% à conseiller d'arrêter définitivement l'allaitement (n=50).

Figure 6 : Attitude des professionnels au stade d'abcès du sein lactant



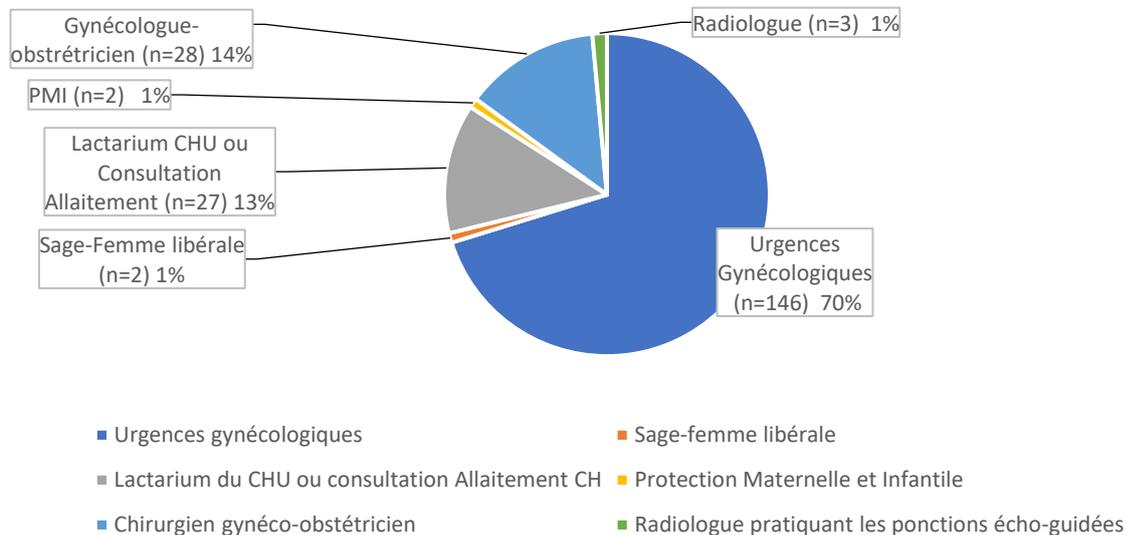
Le choix de prise en charge totalement bénéfique consiste à modifier l'antibiothérapie, prescrire une échographie et encourager la poursuite de l'allaitement : cela a été réalisé par 6% des médecins généralistes (n=12). Ils sont ensuite 47 % à avoir une prise en charge partiellement bénéfique en sélectionnant ces propositions mais pas la totalité (n=98). Enfin, 47% des médecins ont une prise en

charge défavorable en ayant décidé de poursuivre la prescription d'amoxicilline et/ou conseiller d'arrêter l'allaitement (n=98).

3.3.7. Orientation en cas d'abcès du sein

La survenue d'un abcès du sein est souvent le moment du relais au niveau de la prise en charge. Ils sont 146 professionnels à adresser leurs patientes aux urgences gynécologiques soit 70%. 14% des médecins généralistes les adressent directement au chirurgien gynécologue-obstétricien (n=28), 13% au service du lactarium (CHU) ou consultations allaitement (CH) (n=27). Ils sont ensuite 1% à les adresser directement à un radiologue qui pratique les ponctions échoguidées (n=3), également 1% au service de la Protection Maternelle et infantile (n=2) et enfin 1% à une sage-femme libérale (n=2).

Figure 7 : Répartition des professionnels selon l'orientation de prise en charge au stade d'abcès du sein



3.3.8. Sous-analyse selon le sexe et la durée d'exercice

Nous avons ensuite comparé l'attitude des professionnels de santé aux différentes étapes du cas clinique, selon leur sexe et leur durée d'exercice (< 5 ans, 5 à 10 ans et > 10 ans).

Nous avons d'abord analysé selon le sexe des professionnels de santé. On ne montre pas au risque 5%, de différence significative entre les réponses des médecins généralistes au stade **engorgement** selon leur sexe (p value = 0,056). A ce stade, 42% des femmes vont avoir une attitude totalement favorable, 40% une attitude partiellement bénéfique et 18% une attitude défavorable tandis que 25% des hommes vont avoir une attitude totalement bénéfique, 80% une attitude partiellement bénéfique et 5% une attitude défavorable. Il n'y a pas non plus de différence significative au stade de **mastite** et d'**abcès du sein** entre les hommes et les femmes.

	Femmes (n=172)	Hommes (n=36)	pvalue
Engorgement			0,056 (<i>Test CHI2</i>)
- Attitude totalement bénéfique	71	9	
- Attitude partiellement bénéfique	70	25	
- Attitude défavorable	31	2	
Mastite inflammatoire			0,80 (<i>Test FISHER</i>)
- Attitude totalement bénéfique	36	6	
- Attitude partiellement bénéfique	6	0	
- Attitude défavorable	133	30	
Mastite infectieuse			1 (<i>Test FISHER</i>)
- Attitude totalement bénéfique	4	0	
- Attitude partiellement bénéfique	1	0	
- Attitude défavorable	167	36	
Abcès du sein			0,11 (<i>Test FISHER</i>)
- Attitude totalement bénéfique	12	0	
- Attitude partiellement bénéfique	84	14	
- Attitude défavorable	76	22	

Tableau 2 : analyse en sous-groupes selon le sexe sans différence significative

Nous avons ensuite analysé selon la durée d'exercice des professionnels.

Il n'y a pas de différence au stade d'**engorgement**. Cependant, au stade de **mastite inflammatoire**, on montre au risque 5% une différence significative entre les réponses des médecins généralistes. En

effet, 37% des médecins exerçant depuis moins de 5 ans vont avoir une attitude bénéfique, alors qu'ils sont seulement 2% chez les « 5 à 10 ans » d'exercice et 0% chez les plus « plus de 10 ans ». Il n'y a pas de différence au stade de **mastite infectieuse**. Au stade de l'**abcès du sein**, on note une différence significative au risque 5% selon la durée d'exercice : ils sont 6% à répondre totalement favorablement chez les médecins exerçant depuis moins de 5 ans, et 4% et 5% chez les « 5 à 10 ans » et « > 10 ans ». La majorité des « 5 à 10 ans », c'est-à-dire 65%, répond de façon partiellement bénéfique, alors que la majorité des « < 5 ans » et des « > 10 ans » répondent de manière péjorative avec 47% et 61% de leurs effectifs, respectivement.

	<5ans (n= 110)	5-10 ans (n=44)	>10ans (n=54)	<i>pvalue</i>
Engorgement				0,62 (Test CHI2)
- Attitude totalement bénéfique	42	19	19	
- Attitude partiellement bénéfique	48	18	29	
- Attitude défavorable	20	7	6	
Mastite inflammatoire				<0,01 (Test FISHER)
- Attitude totalement bénéfique	41	1	0	
- Attitude partiellement bénéfique	3	0	0	
- Attitude défavorable	66	43	54	
Mastite infectieuse				0,56 (Test FISHER)
- Attitude totalement bénéfique	2	2	0	
- Attitude partiellement bénéfique	1	0	0	
- Attitude défavorable	107	42	54	
Abcès du sein				0,02 (Test FISHER)
- Attitude totalement bénéfique	7	2	3	
- Attitude partiellement bénéfique	51	29	18	
- Attitude défavorable	52	13	33	

Tableau 3 : analyse en sous-groupes selon la durée d'exercice : différence significative au stade

mastite inflammatoire et abcès du sein

3.4. Discussion

3.4.1. Description du recueil

Nous avons donc analysé la réponse à l'enquête de pratique de 208 médecins généralistes exerçant en Pays de Loire. En 2015, on notait 3274 médecins généralistes travaillant en libéral dans cette région. Ils étaient composés de 61 % d'hommes avec un âge moyen de 55 ans, et de 39% de femmes avec un âge moyen de 47 ans. Parmi les jeunes générations de moins de 40 ans, les femmes représentaient 65% des effectifs (25). En comparaison, notre recueil contient un échantillon avec une majorité de femme : 83 % de femmes, 17 % d'hommes, et une population plutôt jeune : 53 % des médecins généralistes exercent depuis moins de 5 ans, 26% exercent depuis plus de 10 ans, et 21% exercent depuis environ 5 à 10 ans.

L'analyse des résultats révèle que les complications locales de l'allaitement sont des motifs de consultations peu fréquents chez les médecins généralistes qui font face à une multitude de sollicitations au cours de leurs journées. La prise en charge de l'allaitement concerne, pour plus de deux tiers des praticiens, seulement une à cinq consultations par mois. Nos données rejoignent les chiffres d'incidence de la mastite et de l'abcès du sein (7) avec peu de consultations pour ces motifs. Moins de cinq mastites et aucun abcès du sein n'ont été pris en charge au cours de leur exercice par la plupart des médecins, soit près de 60% d'entre eux. Il existe bien sûr des disparités entre les professionnels : les patientèles des médecins sont parfois orientées selon leurs thèmes de prédilection (comme la pédiatrie ou la gynécologie) dans lesquels ils préfèrent exercer.

3.4.2. Limites de l'étude

Notre enquête de pratique présente certaines limites.

Nous reconnaissons des limites dans la représentativité de notre échantillon. La diffusion d'un questionnaire présente deux difficultés. D'une part, il faut le partager à l'ensemble des praticiens du

territoire qui sont plus ou moins accessibles. D'autre part, il faut faire face à la réticence des professionnels dont le temps de travail est compté. Le recrutement a été effectué par mail ou par page internet, avec envoi d'un lien vers le questionnaire dont la réalisation prenait quelques minutes. Le caractère chronophage a pu être un obstacle à son utilisation. On note un biais de sélection : on peut penser que la majorité de notre population correspond à une population plutôt accessible, sensible aux questionnaires. Ce sont des médecins peut-être plus jeunes, évoluant à une période proche de la thèse ou travaillant au contact d'étudiants, plus disponibles aux sollicitations. Il y a aussi un biais motivationnel expliqué par l'intérêt ou non du médecin pour ces pathologies.

Nous notons aussi un biais déclaratif. Un biais de mémorisation est possible sur les questions de prévalence des motifs de consultations.

On peut imaginer également des limites liées au contenu du questionnaire et à la pertinence des questions. Le questionnaire n'a été évalué en pré-test que chez quelques professionnels avant sa diffusion. Il aurait pu être judicieux de vérifier plus amplement la formulation et la compréhension des cas cliniques et des questions.

De plus, tout au long du questionnaire, une correction était proposée à visée pédagogique. Ainsi, il est possible que les utilisateurs aient été influencés par les corrections des questions précédentes. Les praticiens ont pu orienter leurs réponses selon l'influence globale de notre correction, en faveur de la poursuite de l'allaitement.

Un autre facteur peut influencer les réponses et notamment chez la femme : l'antécédent personnel d'allaitement et de complications avec son vécu émotionnel. En effet, l'expérience individuelle de chaque médecin peut influencer ses pratiques et ses prises en charge même si aujourd'hui, la médecine se base avant tout sur l'Evidence-Based Medicine (EBM).

Un biais de mesure était possible lors de la réalisation du cas clinique : à chaque question, une ou plusieurs réponses étaient possibles. Cette consigne peut ne pas avoir été comprise. Enfin, le classement des réponses selon l'influence totalement bénéfique, partiellement bénéfique ou

défavorable est un peu arbitraire. En effet, parmi les propositions classées comme néfastes, toutes n'ont pas le même poids d'influence négative.

3.4.3. Résultats de l'étude

Les résultats montrent le meilleur taux de bonnes réponses au stade d'engorgement : 84 % des médecins ont une attitude plutôt favorable à la poursuite de l'allaitement. Les professionnels de santé maîtrisent donc les conseils pratiques pour vérifier l'efficacité des tétées et favoriser le drainage du sein. Ils sont 69% à encourager la poursuite de l'allaitement de manière bilatérale. Il n'y a pas d'influence du sexe ou de la durée d'exercice. Le stade clinique d'engorgement est aussi le plus rencontré en pratique, les médecins peuvent mieux maîtriser cette situation car ils y sont plus souvent confrontés. Dans la littérature, la prévalence de l'engorgement varie de 20 à 85% des femmes allaitantes.

Ensuite, au stade de mastite, on observe un recours précoce à l'antibiothérapie. Ils sont 58% à la prescrire dès le stade de la mastite infectieuse. De plus, l'antibiothérapie est inadaptée, avec la prescription d'amoxicilline par 80% des professionnels de santé. En médecine générale, la prescription d'antibiotiques est sous-tendue par des facteurs comportementaux : conditions d'exercice, ressenti de l'état du patient. Face à une femme en souffrance, douloureuse, sans possibilité de réévaluation précoce, la prescription d'antibiotiques peut être une pratique rassurante pour la patiente et le professionnel de santé. Seulement, à l'heure de la lutte contre l'antibiorésistance, elle doit être cadrée et limitée. L'antibiothérapie doit aussi être adaptée et ciblée aux germes. Actuellement en France, plus de 90% des souches de *Staphylocoque aureus* sont résistants à la Pénicilline G et à l'Amoxicilline par acquisition d'une bêta-lactamase. Cette dernière n'hydrolyse pas la Pénicilline M et est inhibée par l'acide clavulanique. La Cloxacilline et l'association Amoxicilline-Acide clavulanique restent donc actives. Bien que leur incidence soit nettement en diminution depuis quelques années en France, les SARM représentent un problème de santé publique dans les établissements hospitaliers.

On note un faible taux de prescription d'anti-inflammatoires : 13% au stade d'engorgement, 12% au stade de mastite. Ce taux paraît moins important dans notre étude qu'en pratique courante. Une étude réalisée à Nancy en médecine générale récemment retrouvait un taux de co-prescription d'anti-inflammatoires et de d'antibiotiques de 39 % (sur les données de la CPAM) à 46% (sur recueil de questionnaire) (26). Comme dit précédemment, aucune étude n'a été réalisée pour vérifier l'efficacité et l'innocuité des AINS dans ce contexte (9).

Quand nous nous intéressons à l'attitude des professionnels de santé vis-à-vis de l'allaitement, nous pouvons observer qu'aux stades des mastites inflammatoires et infectieuses, 42% et 87% respectivement des médecins préconisent l'arrêt de l'allaitement. Il serait intéressant de savoir quelles sont les préoccupations qui guident les médecins dans ce conseil, sur quelles données ils se basent et comment ils accompagnent le sevrage.

Ainsi, l'attitude globale des médecins semble avoir une influence plus défavorable au stade de mastite : chez 78% des professionnels au stade de la mastite inflammatoire et chez 97,5% au stade de la mastite infectieuse. Nous observons aussi que la durée d'exercice semble avoir une influence sur la prise en charge au stade de mastite inflammatoire : l'attitude bénéfique est plus importante chez les médecins exerçant depuis moins de 5 ans (37%).

Lors de l'apparition de l'abcès du sein, ils sont 77% des professionnels à réaliser une échographie pour en faire le diagnostic. Nous notons des divergences concernant l'antibiothérapie : 27% continuent la prescription d'amoxicilline et 48% vont la modifier. L'apparition d'un abcès est souvent le reflet de l'inefficacité de l'antibiothérapie mise en place, et un regard particulier doit être posé sur la diffusion de la molécule antibiotique.

Face à cette situation, on note que la grande majorité des professionnels, 70% vont adresser leurs patientes aux urgences gynécologiques, 14% directement à un chirurgien gynécologue-obstétricien et seulement 13% orientent leurs patientes vers les services de consultation allaitement ou lactarium.

Enfin, nous notons que 24% des professionnels recommandent de stopper l'allaitement et que 23% conseillent de poursuivre du côté du sein abcédé. A ce stade, on note une attitude globalement favorable pour 6 % des médecins, partiellement favorable pour 47%, et défavorable pour 47% avec une différence significative de ces proportions selon la durée d'exercice. Il est important de souligner que c'est une pathologie rare : l'incidence de l'abcès est relativement faible avec 0,4 à 0,5 % des femmes allaitantes (13). D'ailleurs, dans notre enquête, ils sont 58,2 % des professionnels à n'en avoir jamais pris en charge.

Dans notre étude, nous pouvons souligner le parallèle entre la faible fréquence de prise en charge de cas de mastites et l'abcès du sein par les professionnels et leur attitude globale plutôt défavorable. Le nombre de cas d'engorgement pris en charge n'a malheureusement pas été compatibilisé. C'est un stade plus précoce, plus fréquent, et nous notons qu'il est mieux pris en charge par les médecins dans notre enquête.

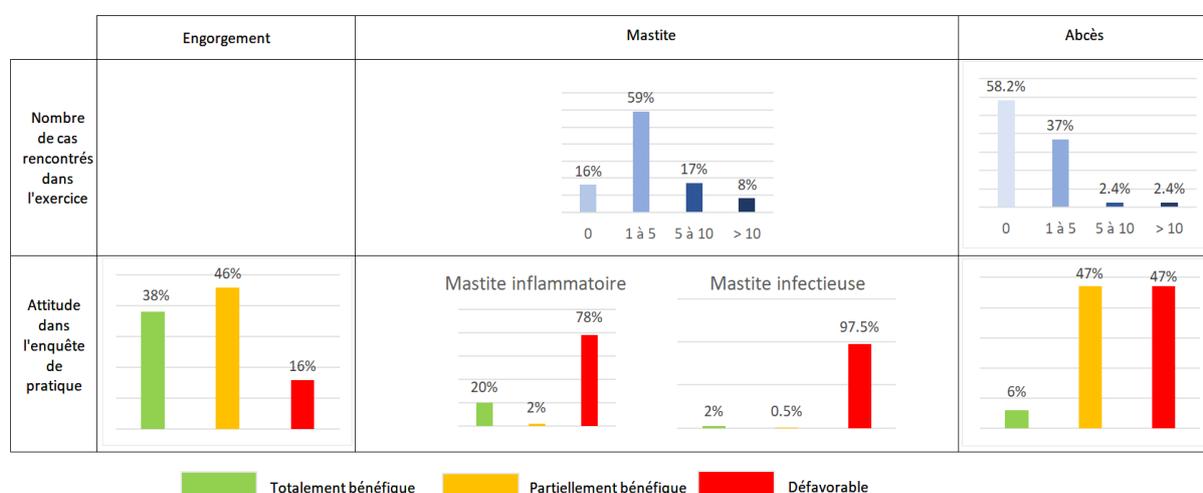


Tableau 4 : Parallèle entre le nombre de cas dans l'exercice et la prise en charge des professionnels dans notre enquête de pratique

Les médecins généralistes libéraux rencontrent chaque jour de nombreux patients avec des motifs, des demandes, et des attentes diverses et variées. L'allaitement maternel et ses complications ne font pas parties des consultations fréquentes du praticien. Nous sommes compétents dans ce que nous

réalisons souvent. L'incertitude est omniprésente en médecine générale (27) et la décision médicale peut être une mise en difficulté fréquente. Il semble nécessaire que les praticiens disposent d'outils, d'éléments facilitateurs afin d'optimiser leurs prises en charge.

Mais avant d'avoir des outils pratiques, il est aussi nécessaire d'obtenir des consensus, des recommandations claires et précises de prises en charge.

3.4.4. Mais quel consensus ?

Afin d'améliorer la prise en charge des patientes face aux complications de l'allaitement, il semble qu'il soit nécessaire d'harmoniser les pratiques des professionnels médecins généralistes, sages-femmes, pédiatres et gynécologues-obstétriciens. On note en effet, comme dit précédemment, une absence de consensus réelle et des divergences selon les différentes recommandations.

A l'heure actuelle, il n'existe pas de recommandations de haut niveau de preuve concernant la prise en charge de la mastite.

Le CNGOF recommande, en 2015, en cas de suspicion de mastite, un prélèvement bactériologique du lait ainsi que l'administration immédiate d'une antibiothérapie probabiliste anti-staphylococcique. L'interruption de l'allaitement par le sein infecté est recommandée en cas d'infection avérée, tout en poursuivant sa vidange par un tire-lait (grade C) (9).

L'attitude en Australie rejoint celle énoncée par l'HAS, l'OMS et les professionnels de l'allaitement : la poursuite de l'allaitement en cas de mastite est saine et même recommandée (1)(2)(28).

Le prélèvement bactériologique systématique de lait, bien que préconisé par le CNGOF (9) ne semble pas recommandé par le secteur de la périnatalité (29).

Cependant, il semble que l'encouragement au drainage du sein par la pression manuelle ou le tire-lait fasse l'unanimité ainsi que la prise en charge antalgique par paracétamol. La réévaluation précoce est primordiale pour vérifier la vidange du sein, discuter l'indication de l'antibiothérapie et dépister l'apparition de complications comme l'abcès du sein.

Si l'on s'intéresse plus précisément à l'antibiothérapie, on note, comme énoncé précédemment qu'aucune étude n'a permis d'offrir une conclusion sur l'utilité de la prescription d'antibiotiques face à une mastite (20). Il n'y a donc pas de consensus sur la nature, la durée et le stade d'initiation de l'antibiothérapie.

Concernant le choix des antibiotiques, on note différentes propositions d'antibiothérapie anti-staphylococcique. En l'absence d'évidence claire, la Revue Médicale Suisse proposait en 2014, en cas de mastite puerpérale, une antibiothérapie en première intention par Amoxicilline-Acide clavulanique 1 gramme 2 fois par jour pendant 7 à 14 jours, et en deuxième intention Clindamycine 600 milligrammes 3 fois par jour ou Cotrimoxazole Forte 2 fois par jour pendant 7 à 14 jours (7). L'OMS proposait de son côté Erythromycine, Flucloxacilline ou Dicloxacilline pendant 10 à 14 jours (2). Les dernières recommandations pour la pratique clinique de 2015 du CNGOF ne mentionne pas de molécule particulière (9). Du côté des professionnels de la péri-natalité, on favorise plutôt en première intention Cloxacilline 500 milligrammes 2 comprimés 2 fois par jour pendant 10 à 12 jours, en deuxième intention Pristinamycine 500 milligrammes 2 comprimés 2 fois par jour pendant 10 à 12 jours et éventuellement Amoxicilline-Acide clavulanique 1 gramme 3 fois par jour pendant 10 à 12 jours (22). L'initiation de l'antibiothérapie n'est pas systématique mais est limitée à la mastite bilatérale ou avec des crevasses ou en l'absence d'amélioration à 24-48 heures, comme proposé par l'OMS (2).

Enfin, concernant la prise en charge de l'abcès, comme présenté précédemment, on note l'orientation globale vers une cytoponction quand elle est possible, associée à une poursuite de l'allaitement (9)(22)(29).

L'hétérogénéité des sources d'informations, des recommandations constitue une première difficulté. La seconde correspond à leur accessibilité : par exemple, les médecins généralistes sont-ils informés des nouvelles recommandations par le CNGOF ? Comment celles-ci sont-elles diffusées ?

Afin d'harmoniser et de condenser les informations, une fiche récapitulative des conduites à tenir selon les stades de la mastite pourrait être développée en collaboration avec les différents professionnels.

Nous notons la réalisation en 2019 d'une thèse dont l'objectif était de créer une fiche d'information patient sur la prise en charge de la mastite, à partir d'un groupe de 19 experts interrogés via la méthode Delphi. Diverses propositions conformes aux recommandations de la HAS ont été évaluées, et validées par le groupe d'experts puis diffusées dans une fiche d'information. Cette fiche à destination des femmes allaitantes a pour vocation de diminuer les arrêts précoces de l'allaitement lors de l'apparition de la mastite et pourrait être disponible sur le futur site Lactaclic (30).

3.4.5. Formation et outils des médecins généralistes

Le médecin généraliste est l'interlocuteur le plus fréquemment rencontré au sujet de l'allaitement maternel (31). Il bénéficie d'une formation initiale à la faculté, puis d'une formation médicale continue tout le long de son exercice. En matière d'allaitement, quels sont les résultats de cette formation ? Nous notons dans nos résultats que la prise en charge des complications de l'allaitement et notamment de la mastite n'est pas optimale. Il aurait été intéressant de questionner les professionnels de notre étude sur leur formation et s'ils estimaient avoir assez de compétences dans ce domaine.

Aux Etats-Unis, dans le Nebraska, 262 médecins ont été interrogés sur leur maîtrise de la prise en charge de l'initiation et de la poursuite de l'allaitement : plus de la moitié (51%) a rapporté avoir eu une formation très limitée à propos de l'allaitement tandis que seulement 9% affirmaient avoir eu une formation adaptée (32).

Le thème de l'allaitement en France est abordé pendant le second cycle des études médicales lors des cours de pédiatrie et de gynécologie et s'appuie sur les dernières recommandations des différents

collèges des enseignants. Ensuite, durant le troisième cycle de leurs études, les internes en médecine générale peuvent avoir des cours et des formations. Il peut également y avoir une transmission de savoir lors de leurs stages en milieu hospitalier (services de gynécologie et de pédiatrie) et en médecine de ville (stages chez le médecin généraliste et en PMI). Une formation est ensuite possible au travers de DU/DIU, de groupes de pairs, et de groupes de FMC.

Une thèse à Nantes enquêtait en 2016 - 2017 sur les connaissances en allaitement maternel des internes en médecine générale à Nantes : Les étudiants ayant reçu une formation théorique et/ou pratique, intégrée aux stages ou dans les DU/DIU d'allaitement, de gynécologie ou de pédiatrie ou ceux formés en PMI ont significativement mieux répondu aux questions de connaissances que les autres étudiants. Cependant, au total, 76 % des étudiants estimaient ne pas avoir assez de connaissances théoriques et de compétences pratiques pour accompagner une femme qui allaite exclusivement au sein en cabinet de médecine générale (33).

Nous notons donc qu'il existe un manque certain de formation médicale à palier en matière allaitement. Dès la phase initiale, une approche pratique pourrait être proposée avec le suivi de consultations dédiées mais est difficile à mettre en œuvre à cause du nombre important de médecins généralistes en formation. La Formation Médicale Continue pourrait aussi être enrichie dans cette thématique.

Au cours de leur pratique de tous les jours, les médecins généralistes sont habitués à utiliser un carnet d'adresses qui leur permet d'orienter leurs patients rapidement vers des spécialistes ou de prendre des conseils. Ainsi, il est possible de demander un avis auprès des professionnels des consultations allaitement ou du lactarium des centres hospitaliers sous réserve de leurs disponibilités. Cependant, nous observons dans notre étude que les urgences gynécologiques sont le premier recours en cas d'abcès du sein lactant pour 70% des professionnels. Il existe aussi par exemple, dans la région parisienne, un numéro vert gratuit pour les patientes et les professionnels de santé : SOS ALLAITEMENT 75.

Il existe aussi depuis quelques années, des sites en ligne d'aide à la prise en charge des médecins généralistes. Nombreux sont référencés dans Kitmedical.fr qui est un site de service gratuit et indépendant, géré par des médecins généralistes. Parmi eux, il existe Gestaclic.fr pour le suivi de grossesses, géré par le Département de Médecine Générale de Paris VII Diderot, ou encore Antibiocliv.fr qui propose une antibiothérapie rationnelle en soins primaires après analyse des dernières recommandations, élaboré par des médecins généralistes et infectiologues de la même Université.

On pourrait alors imaginer un outil d'aide à la prise en charge de l'allaitement et de ses complications avec un algorithme décisionnel. Une nouvelle plateforme est en cours de réalisation. Nous en avons parlé précédemment : Lactaclic.com.

4. CONCLUSION

Le médecin généraliste est un pilier du parcours de soin et soigne l'être humain à tout âge de la vie. Les sages-femmes libérales ont un rôle primordial sur la prise en charge de l'allaitement maternel mais le médecin généraliste est lui aussi consulté et possède un lien privilégié avec le couple mère – enfant.

Favoriser l'allaitement maternel, c'est lutter contre les causes d'arrêt précoce dont font parties les complications locales de l'allaitement. Nous constatons que les praticiens maîtrisent les conseils favorisant le drainage du sein. Cependant, on note un recours à l'antibiothérapie de manière inadaptée et une préconisation de l'arrêt de l'allaitement en cas de d'apparition de mastite et d'abcès du sein lactant.

Dans un but d'améliorer les pratiques, il semble donc nécessaire d'affiner les connaissances des médecins généralistes en matière d'allaitement. Cette thématique devrait avoir une place prépondérante dans la formation initiale des médecins généralistes puis être entretenue tout au long de leur exercice.

Au cours de leur grossesse et en post-partum, différents intervenants se succèdent autour de la femme. Lorsqu'elle fait face à des difficultés notamment en matière d'allaitement, il est important d'éviter les discours divergents pour qu'elle garde ses repères et confiance en soi. Ainsi, pour améliorer le soutien à l'allaitement maternel, il est important d'harmoniser les pratiques à partir des données de la science avec une prise en charge plus codifiée et uniforme, et d'entretenir un lien entre les différents acteurs de la ville et de l'hôpital.

Un consensus de prise en charge authentifié par les différents acteurs pédiatres, sages-femmes, puéricultrices, gynécologue-obstétriciens et médecins généralistes pourrait prendre la forme d'une fiche de recommandations de pratique. La difficulté demeure dans la diffusion pour atteindre le maximum de professionnels.

A l'heure actuelle, les praticiens ont de plus en plus recours aux outils en ligne qui répertorient les conduites à tenir adaptées à la médecine générale. Un accès direct via ces sites pourrait permettre de guider les professionnels dans leur pratique courante.

Dans notre étude, le questionnaire était diffusé avec une correction et avec mise à disposition de la fiche conseils aux professionnels du Réseau Sécurité Naissance de la région Pays de la Loire. Nous avons obtenu de nombreux retours positifs concernant le versant pédagogique de l'enquête. A plus grande échelle, pour aider les praticiens à étudier ce sujet, nous pourrions proposer la lecture de cette fiche conseil puis diffuser ce même questionnaire sous forme de quizz avec correction pour tester les connaissances acquises. Cela pourrait être une manière de transformer notre travail en outil de formation.

Connaissant les bienfaits de l'allaitement, il est nécessaire à l'avenir que chaque professionnel puisse prendre en charge de manière optimale une femme allaitante et son nouveau-né et que l'apparition d'une complication locale ne soit plus responsable d'un arrêt non désiré de l'allaitement.

5. BIBLIOGRAPHIE

1. ANAES, Service recommandations et références professionnelles. Allaitement maternel – Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant [Internet]. 2002 [cité le 3 août 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf
2. Department of child and adolescent health and development, Department of nutrition for health and development, World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding, report of an expert consultation [Internet]. 2001 [cité le 3 août 2020]. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67219/WHO_NHD_01.09.pdf;jsessionid=1C464BB1EE3ECDF5AAA819B43990E117?sequence=1
3. Wagner S, Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, Nicklaus S, Geay B, et al. Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française Elfe 2011, BEH [internet] 2015 ; 29 [cité le 3 août 2020]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/duree-de-l-allaitement-en-france-selon-les-caracteristiques-des-parents-et-de-la-naissance.-resultats-de-l-etude-longitudinale-francaise-elfe-2011#:~:text=Résultats%20%3A%20parmi%20les%2070%25%20de,lait%20maternel%20à%206%20mois>
4. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Enquête Nationale Périnatale 2016 [Internet]. 2017 [cité le 3 août 2020]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/rapports/article/enquete-nationale-perinatale-2016-les-naissances-et-les-etablissements>

5. World Health Organization. Feeding and nutrition of infants and young children [Internet]. 2000 [cité le 3 aout 2020]. Disponible sur : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98302/WS_115_2000FE.pdf

6. Promouvoir l'allaitement maternel : Première Partie. Rev Prescrire. juill 2008;28(297):510.

7. Merz L, Orasch C, De Courten C. Infections du sein. Rev Med Suisse. [internet] 2014;10 [cité 24 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2014/RMS-N-427/Infections-du-sein>

8. World Health Organization. Mastitis: causes and management [Internet] 2000 [cité le 22 mai 2020]. Disponible sur : https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_00_13/en/

9. Marcellin L, Chantry AA. Allaitement maternel (partie III): complications de l'allaitement--Recommandations pour la pratique clinique [Breastfeeding (part III): Breastfeeding complications--Guidelines for clinical practice]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2015;44(10):1084-1090. doi:10.1016/j.jgyn.2015.09.029

10. Marchand-Lucas L, Lucas C. Le généraliste face aux déterminants de la conduite d'allaitement. [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris VI. Faculté de Médecine Saint-Antoine; 1998.

11. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Deux nouveaux-nés sur trois sont allaités à la naissance. Etudes et Résultat [internet] avr 2016;0258 [cité le 23 juin 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er958.pdf>

12. Odom EC, Li R, Scanlon KS, Perrine CG, Grummer-Strawn L. Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. *Pediatrics*. [internet] 2013;131(3):e726-e732. doi:10.1542/peds.2012-1295

13. Michie C, Lockie F, Lynn W. The challenge of mastitis. *Arch Dis Child*. [internet] 2003;88(9):818-821. doi:10.1136/adc.88.9.818
14. Amir LH, Forster D, McLachlan H, Lumley J. Incidence of breast abscess in lactating women : report from an Australian cohort. *BJOG*. [internet] 2004;111(12):1378-81. doi:10.1111/j.1471-0528.2004.00272.x
15. 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*. [internet] 1984;149(5):492-495. doi:10.1016/0002-9378(84)90022-x
16. Dixon JM, Khan LR. Treatment of breast infection. *BMJ*. [internet] 2011;342:d396. doi:10.1136/bmj.d396
17. Betsy Foxman, Hannah D'Arcy, Brenda Gillespie, Janet Kay Bobo, Kendra Schwartz. Lactation Mastitis: Occurrence and Medical Management among 946 Breastfeeding Women in the United States. *Am J Epidemiol*. [internet] 2002;155(2):103-114. doi:10.1093/aje/155.2.103
18. Kvist LJ, Larsson BW, Hall-Lord ML, Steen A, Schalén C. The role of bacteria in lactational mastitis and some considerations of the use of antibiotic treatment. *Int Breastfeed J*. [internet] 2008;3(6). <https://doi.org/10.1186/1746-4358-3-6>
19. Barbosa-Cesnik C, Schwartz K, Foxman B. Lactation mastitis. *JAMA*. [internet] 2003;289(13):1609-1612. doi:10.1001/jama.289.13.1609
20. Jahanfar S, Ng CJ, Teng CL. Antibiotics for mastitis in breastfeeding women. *Cochrane Database Syst Rev*. [internet] 2009;(1):CD005458. doi:10.1002/14651858.CD005458.pub2
21. Riordan JM, Nichols FH. A descriptive study of lactation mastitis in long-term breastfeeding women. *J Hum Lact*. [internet] 1990;6(2):53-58. doi:10.1177/089033449000600213

22. Debord M-P , Delgado H, Bernard C, Berland M, Centre Hospitalier Lyon Sud Maternité. Abscès du sein et mastites : diagnostic, épidémiologie, prise en charge, prévention. Journée du réseau Mater, CCLin Lyon est, Jeudi 16 octobre. Lyon ;2014.
23. Arroyo R, Martin V, Maldonado A, Jiménez E, Fernandez L, Rodriguez JM. Treatment of Infectious Mastitis during Lactation: Antibiotics versus Oral Administration of Lactobacilli Isolated from Breast Milk. Clin Infect Dis. [internet] 2010;50(12):1551-8. doi:10.1086/652763
24. Debord M-P, Poirier E, Delgado H, Charlot M, Colin C, Raudrant D, et al. [Lactational breast abscesses: Do we still need surgery?]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). [internet] 2016;45(3):307-314. doi:10.1016/j.jgyn.2015.04.004
25. Le Breton-Lerouillois G, Rault J-F, Conseil National des Médecins. La démographie médicale En Région Pays-de-la-Loire, Situation en 2015. [internet] 2015 [cité le 10 aout 2020] Disponible sur https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/g4b3jr/atlas_pays_de_la_loire_2015.pdf
26. M Legeay. Co-prescriptions antibiotiques-anti-inflammatoires : données en pharmacies de ville et informations diagnostiques perçues par le patient de la part du médecin généraliste prescripteur [thèse d'exercice]. [France] : Université de Lorraine. Unité de Formation et de Recherche de Médecine ; 2018. [cité le 11 aout 2020] Disponible sur: https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932086/file/BUMED_T_2017_LEGAY_MATHILDE.pdf
27. G Bloy. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. Sci Soc Santé. [Internet] 2008;26(1):67-89. Disponible sur <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00340405>

28. The women's, The royal women's hospital, Victoria Australia. Mastitis [Internet]. 2019. [cité le 17 aout 2020] Disponible sur : <https://thewomens.r.worldssl.net/images/uploads/factsheets/Mastitis-250119.pdf>
29. Rigourd V. L'allaitement maternel et infection. Conférence Hôpital Universitaire Necker enfants malades, Lactarium IDF. Paris; 2018.
30. Roumengous L. Quelle information délivrer aux femmes qui allaitent concernant la mastite ? recherche de consensus par la méthode Delphi [thèse d'exercice]. [France] : Université de Claude Bernard Lyon. Unité de Recherche et de Formation de Médecine; 2019. [cité le 17 aout 2020] Disponible sur <https://n2t.net/ark:/47881/m6gm86hh>
31. Wimmer M. Le rôle des médecins généralistes dans la durée de l'allaitement maternel : enquête prospective sur 6 mois. [Internet]. Médecine humaine et pathologie ; 2014. [Cité le 17 aout 2020] Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01062963/document>
32. Stanek Krogstrand K, Parr K. Physicians Ask for More Problem-Solving Information to Promote and Support Breastfeeding. Res Res Prof BRIEF. [internet] 2005;105(12):P1943-1947. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2005.09.007>
33. Mollier A. Etat des lieux des connaissances en allaitement maternel des étudiants de 3ème cycle de médecine générale à Nantes [thèse d'exercice]. [France] : Université de Nantes. Unité de Recherche et de Formation de Médecine ; 2017. [cité le 1 aout 2020] Disponible sur: <https://www.reseau-naissance.fr/medias/2019/04/20190402-Etat-des-lieux-connaissances-allaitement-maternel-etudiants-3eme-cycle-medecine-generale-Nantes-Dr-A.-Mollier.pdf>

6. ANNEXES

6.1. Annexe 1 : Questionnaire aux médecins généralistes

Aujourd'hui, nous connaissons tous l'intérêt médical, écologique et économique de l'allaitement maternel.

Je suis interne en médecine générale et je réalise dans le cadre de ma thèse, une enquête de pratique sur la prise en charge actuelle des complications de l'allaitement maternel.

Ce travail consiste en un état des lieux de la prise en charge en amont du CHU de Nantes.

Ce questionnaire, ainsi que la proposition de correction ont été réalisés en collaboration avec les professionnels du Lactarium. Toutes les réponses fournies sont anonymes et répondre vous prendra moins de 5 minutes.

Je vous remercie de votre participation.

- 1) Vous êtes un homme une femme.

- 2) Vous êtes Médecin généraliste Gynécologue Sage-femme.

- 3) Vous exercez depuis 0 - 5ans 5 - 10 ans > 10 ans.

- 4) Le motif « Allaitement » concerne : 0 consultation par mois 1 à 5 consultations par mois 5 à 10 consultations par mois > 10 consultations par mois.

- 5) Au cours de votre exercice, combien de mastites avez-vous déjà pris en charge :
 0 1 à 5 5 à 10 > 10.

- 6) Au cours de votre exercice, combien d'abcès du sein lactant avez-vous déjà pris en charge :
 0 1 à 5 5 à 10 > 10.

La suite du questionnaire se présente sous forme d'un cas clinique :

- 7) Une femme de 30 ans allaitant son bébé d'un mois, se présente en consultation pour douleur du sein droit. Son sein est tendu et douloureux mais non inflammatoire. Elle ne présente pas de fièvre.
 - Vous vérifiez le positionnement lors de l'allaitement et l'efficacité de la tétée. ✓
 - Vous lui conseillez le bandage pour limiter les douleurs. ✗

- Vous lui prescrivez des anti-inflammatoires. **X**
- Vous lui prescrivez un tire-lait si la tétée n'est pas efficace et/ou si la douleur est trop vive. **✓**
- Vous faites préciser le nombre de tétées et leur répartition sur les 24h. **✓**
- Vous lui demandez de donner les 2 seins à chaque tétée. **✓**

➤ **Correction Question 7 :**

- *Nous sommes au stade d'engorgement avec une stase lactée importante entraînant une tension mammaire +/- fébricule. L'urgence est de rétablir le drainage du sein en vérifiant la position (une mauvaise position peut être responsable d'une mauvaise extraction) et le rythme des tétées. On considère qu'il faut 8 à 12 tétées par 24 heures, les 2 seins à chaque fois. Un tire-lait peut être nécessaire pour optimiser la vidange du sein. On ne prescrit pas de d'anti-inflammatoires, le risque étant l'évolution vers la mastite, et donc potentiellement une infection bactérienne.*
- *L'engorgement est différent de la montée de lait du 3^{ème} jour, résultat de la congestion de la glande mammaire lors de la mise en place de l'allaitement, où la prescription d'anti-inflammatoires est possible.*

8) Malgré vos conseils de la veille, la patiente se représente à nouveau le lendemain matin à votre consultation. Elle présente depuis ce matin une fièvre à 40°C avec des frissons. On observe au niveau de son sein droit un placard cutané inflammatoire.

- Vous prescrivez des anti-inflammatoires. **X**
- Vous prescrivez un tire-lait. **✓**
- Vous prescrivez du paracétamol. **✓**
- Vous prescrivez un antibiotique. **X**
- Vous conseillez à votre patiente d'arrêter l'allaitement au niveau du sein droit. **X**
- Vous demandez à la revoir dans les 48h. **✓**

➤ **Correction Question 8 :**

Nous sommes à présent au stade de la mastite inflammatoire, vu à un stade débutant ne nécessitant pas encore d'antibiothérapie. L'important ici est de poursuivre la vidange du sein, et surtout de réévaluer avant 48 heures.

Une antibiothérapie est mise en place si :

- *Mastite bilatérale ou grave d'emblée,*
- *Porte d'entrée cutanée (crevasses),*
- *Evolution > 12 à 48 heures.*

9) Votre patiente consulte à nouveau 2 jours après car la situation ne s'améliore pas. La fièvre persiste, et le placard cutané s'est étendu et vous palpez une tuméfaction. On observe du pus lors de l'écoulement du lait.

- Vous prescrivez de l'amoxicilline. **X**
- Vous prescrivez une autre molécule antibiotique que l'amoxicilline. **✓**
- Vous conseillez à votre patiente d'arrêter l'allaitement uniquement du côté droit. **X**
- Vous lui demandez d'effectuer une analyse du lait au laboratoire. **X**
- Vous conseillez à votre patiente d'arrêter complètement l'allaitement. **X**
- Vous lui précisez que vous prendrez de ses nouvelles dans la semaine. **✓**

➤ **Correction Question 9 :**

- *C'est le stade de la mastite infectieuse. Il faut prescrire un antibiotique mais lequel ?*
- *Un antibiotique qui cible le Staphylocoque aureus, et avec une bonne diffusion tissulaire : Plutôt la Cloxacilline (Orbénine®) ou la Pristinamycine (Pyostacine®) avec un spectre plus étroit et une meilleure tolérance que l'Amoxicilline/Acide clavulanique (Augmentin®) qui a un spectre large (ciblant aussi les anaérobies) et plus d'effets indésirables chez mère/enfant, pour une durée totale de 10 à 14 jours.*
- *Il faut toujours poursuivre le drainage du sein. La présence de pus n'est pas un frein : il n'est pas nocif pour le nourrisson. De plus, il n'est pas souvent visible : il n'y pas toujours de communication entre les canaux et le site de l'infection. On peut aussi le confondre avec le biofilm, substance sécrétée par la bactérie, elle aussi bénigne.*
- *Une analyse au laboratoire n'est pas nécessaire : pas de parallèle entre les résultats du prélèvement et la clinique.*

10) Après quelques jours d'amélioration, la patiente présente de nouveau une douleur importante avec une tuméfaction du sein droit.

- Vous prescrivez une échographie du sein droit. **✓**
- Vous poursuivez la prescription d'amoxicilline. **X**
- Vous modifiez l'antibiothérapie. **✓**
- Vous conseillez à votre patiente de poursuivre l'allaitement au niveau du sein droit. **✓**
- Vous lui demandez d'arrêter l'allaitement. **X**

➤ **Correction Question 10 :**

- *C'est le stade de l'abcès, avec une nécessité d'antibiothérapie non discutable : Si prescription initiale Amoxicilline, le réflexe est de changer de molécule. Si prescription de Cloxacilline/Orbénine®, Pristinamycine/Pyostacine® ou Amoxicilline-Acide clavulanique/Augmentin®, on préférera la Pyostacine® à forte imprégnation tissulaire.*
- *L'important est le maintien de l'allaitement : il faut drainer le sein et il n'y a aucun risque pour l'enfant. La suite de prise en charge pourra se faire par ponction radioguidée dans un centre hospitalier.*

Des professionnels de l'allaitement sont disponibles à tout moment, en complément ou en relais de votre prise en charge.

11) A qui adressez-vous en pratique votre patiente dans cette situation ?

- Urgences Gynécologiques
- Lactarium CHU
- PMI
- Gynécologue habituel
- Autres (Si oui, A qui ?)

Merci beaucoup pour votre participation. La plaquette de conseils aux professionnels concernant l'allaitement du réseau Sécurité Naissance de la région Pays de Loire est disponible en cliquant sur **ce lien**.

Morgane DEBUSSCHER – Interne en médecine générale, Nantes.

**Vu, le Président du Jury,
Professeur WINER Norbert**

**Vu, le Directeur de Thèse,
Docteur THUBERT Thibault**

Vu, le Doyen de la Faculté,

Titre de thèse : Prise en charge des complications locales de l'allaitement par les médecins généralistes

RESUME

Introduction : L'allaitement maternel exclusif est préconisé jusqu' à l'âge de 6 mois. Les complications locales que sont la mastite et l'abcès du sein sont responsables d'arrêts précoces et non désirés de l'allaitement. Tous les soignants, sages-femmes, médecins généralistes et chirurgiens gynécologues – obstétriciens participent à la prise en charge et au soutien de ces femmes en difficulté. La qualité du soin et du conseil peut aider les patientes à surmonter cet obstacle et à poursuivre leur allaitement. Les médecins généralistes sont souvent les premiers contacts du système de soin : à l'heure actuelle, quelle est leur prise en charge lors de l'apparition des complications maternelles ? Leur pratique favorise – t – elle la poursuite de l'allaitement ?

Matériel et Méthodes : Nous avons donc réalisé une enquête de pratique à partir d'un questionnaire sous forme de cas clinique auprès des médecins généralistes des Pays de la Loire. Le questionnaire était rempli en ligne par les utilisateurs. Les résultats ont été recueillis du 11 novembre 2019 au 15 mai 2020. Nous les avons ensuite étudiés avec notamment une analyse sur l'attitude des médecins vis-à-vis de l'allaitement.

Résultats : Nous avons obtenu les résultats de 208 médecins généralistes. La mastite et l'abcès du sein sont des motifs peu fréquents de consultations. Les médecins généralistes maîtrisent les conseils de drainage du sein. Ils sont 84% (n=175) à avoir une attitude plutôt bénéfique au stade d'engorgement. Au stade de mastite, nous observons cependant une attitude majoritairement défavorable des professionnels : 78% (n=163) au stade inflammatoire, 97,5% (n=203) au stade infectieux. Nous notons une antibiothérapie inadaptée et prescrite précocement. De nombreux professionnels conseillent d'arrêter l'allaitement. Au stade d'abcès du sein, 47% des professionnels (n=98) ont une attitude défavorable. La durée d'exercice semble être un facteur confondant.

Conclusion : Les médecins généralistes font face à des motifs de consultation variés, et ne sont pas amenés à prendre en charge les complications locales de l'allaitement fréquemment. Nous notons qu'il est nécessaire d'améliorer les pratiques des médecins dans ce domaine. D'une part, la formation des médecins généralistes pourrait être améliorée en matière d'allaitement. D'autre part, des outils facilitateurs pourraient être utilisés comme un algorithme décisionnel accessible en ligne, ou un carnet d'adresse mis à jour régulièrement. Avant tout, une harmonisation des pratiques est nécessaire entre tous les professionnels afin d'obtenir un consensus de prise en charge.

MOTS-CLES

Allaitement ; engorgement ; mastite ; abcès du sein ; médecins généralistes.