

*« Les données montrent que les femmes et leurs familles veulent vivre une **expérience positive** après l'accouchement et en ont besoin pour surmonter les énormes difficultés physiques et émotionnelles qui surviennent après la naissance de leur enfant, tout en prenant confiance en eux en tant que parents. - OMS 30 mars 2022*





Cas clinique : nécrose interne du sein

Niset Anne – Consultante IBCLC - 06022024

Anamnèse

- Age 25 ans
- G5 P1 1IVG- 2FC
- Maman au foyer
- Milieu social défavorisé
- Tabac +/- 20 cigarettes/jour
- Allergie Pénicilline
- ATCD chirurgicaux : Bypass 2018, occlusion intestinale mars 2021, Nissen sleeve mars 2021
- ATCD obstétricaux : 2015 accouchement spontané 38sem 6/7 bb de 2850g allaitement 2-3 mois « lait pas assez nourrissant »

ATCD médicaux de cette grossesse

Anémie, hypotension, petit RCIU, toux

**11/04/2022 Hospitalisée à 36 semaines 2/7
pour contrôle monitoring,**

Signes Covid + -> ARN négatif, labo 16000 GB
CRP 34, frottis vaginal prélevé sera négatif, T°
38,5 -> Hémocultures 3x -> Biclar® 500 2x/jour

Présence de 3 plaies suite à des lésions de
grattages:

- 2 sur le sein gauche
- 1 au-dessus du pubis

Pas de prélèvement : Flaminal hydro® placé
Injectafer® (Hb 8,8)

Evolution

- **12/04/2022**

Apyrétique, toux +++, douleurs côtes et poitrine

Plaie pubis douloureuse

Plaies sein gauche: sein rosé, non induré, pas de chaleur à la palpation, reste souple, plaies saines à côté du mamelon et en dessous du sein

-Flaminal hydro® et pansement

-Biclar® en cours

- **13/04/2022**

Souhaite sortir

Hb 6,3 ->2 unités de sang transfusées

Avis dermato: Flaminal Hydro sur sein et pubis, pas de prélèvements

Sortie LE 15/04/2022

Accouchement
15 jours après
hospi

02/05/2022

39 semaines 4/7

Accouchement spontané eutocique à **9h13** ,
travail rapide, liquide méconial, bb de 2600g –
allaitement maternel

Frissons maman à H2 T° 35,4°C

Pansement sein gauche fait, nettoyage au
Hacdil® , plaie avec écoulement suintant et
rougeur ++ -> Flaminal Hydro®

Mise au point sein gauche à faire avec US dès
que possible, AM OK en attendant, Frottis
réalisé



Evolution jour 0

02/05/2022 PM

US réalisé, sénologue parle de possible engorgement !!

Sein gauche a doublé de volume par rapport au sein droit

Plaie suinte.

Evolution jour 1

03/05/2022

2h Hyperthermie mise sous Dalacin[®], Dafalgan[®] et glace

5h Apparition d'ecchymoses de chaque côté du sein -> appel du résident en chirurgie prescription d'antidouleurs

7h Douleur 10/10 Tradonal[®], sein mauve et rouge par endroits, ecchymoses s'étendent -> glace et bandage compressif -> antibiogramme sur lait maternel.

9h Appel consultante en lactation, suspicion de nécrose interne du sein, photos prises (accord) et envoyées à une autre consultante en lactation avec DIU -> suspicion confirmée-> transmission effectuée;

12h Nouvelle plaie apparue avec l'expression manuelle réalisée précédemment, désinfection et pansement refait

Photos jour 1



Evolution jour 1

14h avis sénologue: normalement les ATB devraient agir, si pas d'amélioration dans 24 h, la recontacter pour prévoir une RMN, des prélèvements ont été faits à sa consultation

Schéma ATD lourd

16h plaies se multiplient, 2 à 4 nouvelles, suintement transparent et 1 plaie avec début de fibrine, sein moins rouge que la veille mais hématome ++ en partie inférieure, froid au toucher -> glace pour diminuer la douleur et bandage compressif T°37,5

20h pst refait: Isobetadine® dermique, Jelonet® et Flaminal® sur fibrine, bandage compressif, augmentation de l'hématome sur la partie supérieure droite



Evolution jour 1

21h bandage compressif ôté car D+++ , sein rouge et chaud, appel du Gynécologue car l'hématome grandit -> passage du Chirurgien d'office le matin si besoin contacter l'interne de chirurgie de garde, voir l'anesthésiste pour le schéma ATD, bilan prélevé

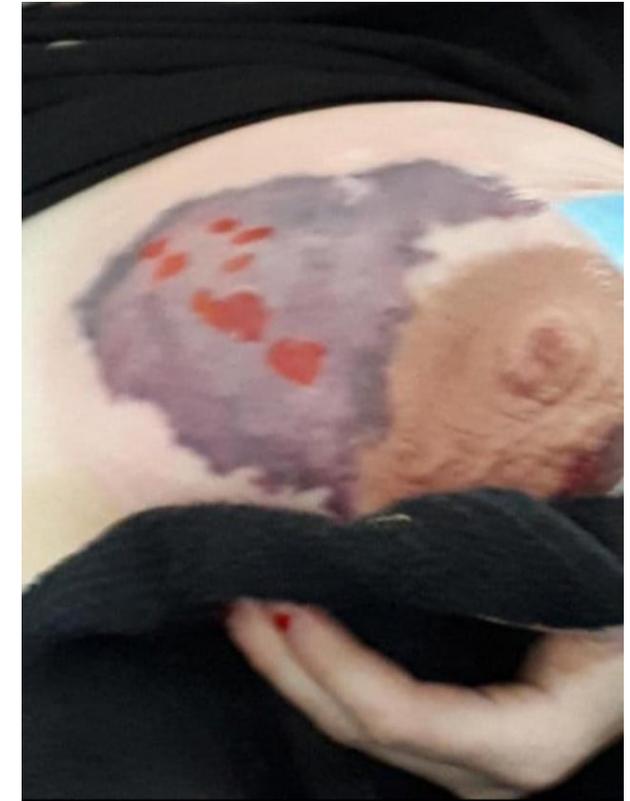
23h labo transmis, ATB à réévaluer, plaquettes diminuent -> interne de chirurgie de garde appelé, hématome idem à 23h, hémocultures prélevées

04/05/2022
Jour 2

9h Appel du sénologue
attendre 72h sous Dalacin et si
mauvaise évolution IRM

Apparition de phlyctènes ++
qui gonflent et explosent
seules -> pst Flaminal Forte et
Jelonet

Appel de la consultante en
lactation pour voir l'évolution,
elle confirme la nécrose du
sein



04/05/2022 jour 2

10h30 IRM en urgence ET échographie -> pas de collection drainable

Retour du labo : STREPTO A !! Aux hémocultures ET STAPHYLOCOQUE EPIDERMIDIS et STREPTOCOQUE B au frottis, Gram + en amas

Admission en réanimation

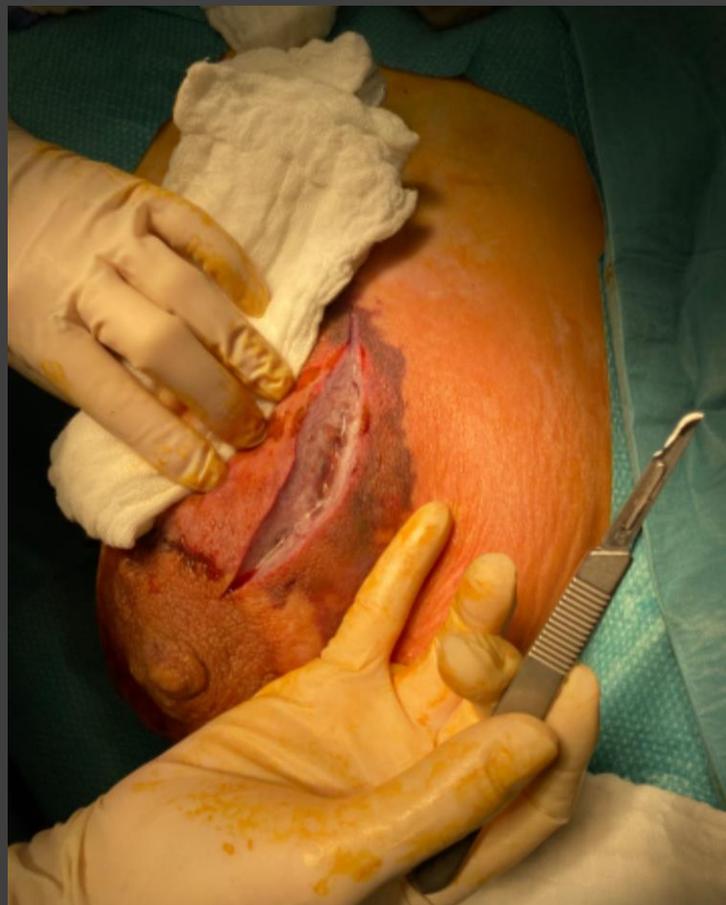
Première intervention de débridement du sein

« mise à plat par nécrosectomie », plaie nettoyée au PRONTOSAN® (15 à 20 min d'application puis nettoyage au LP)

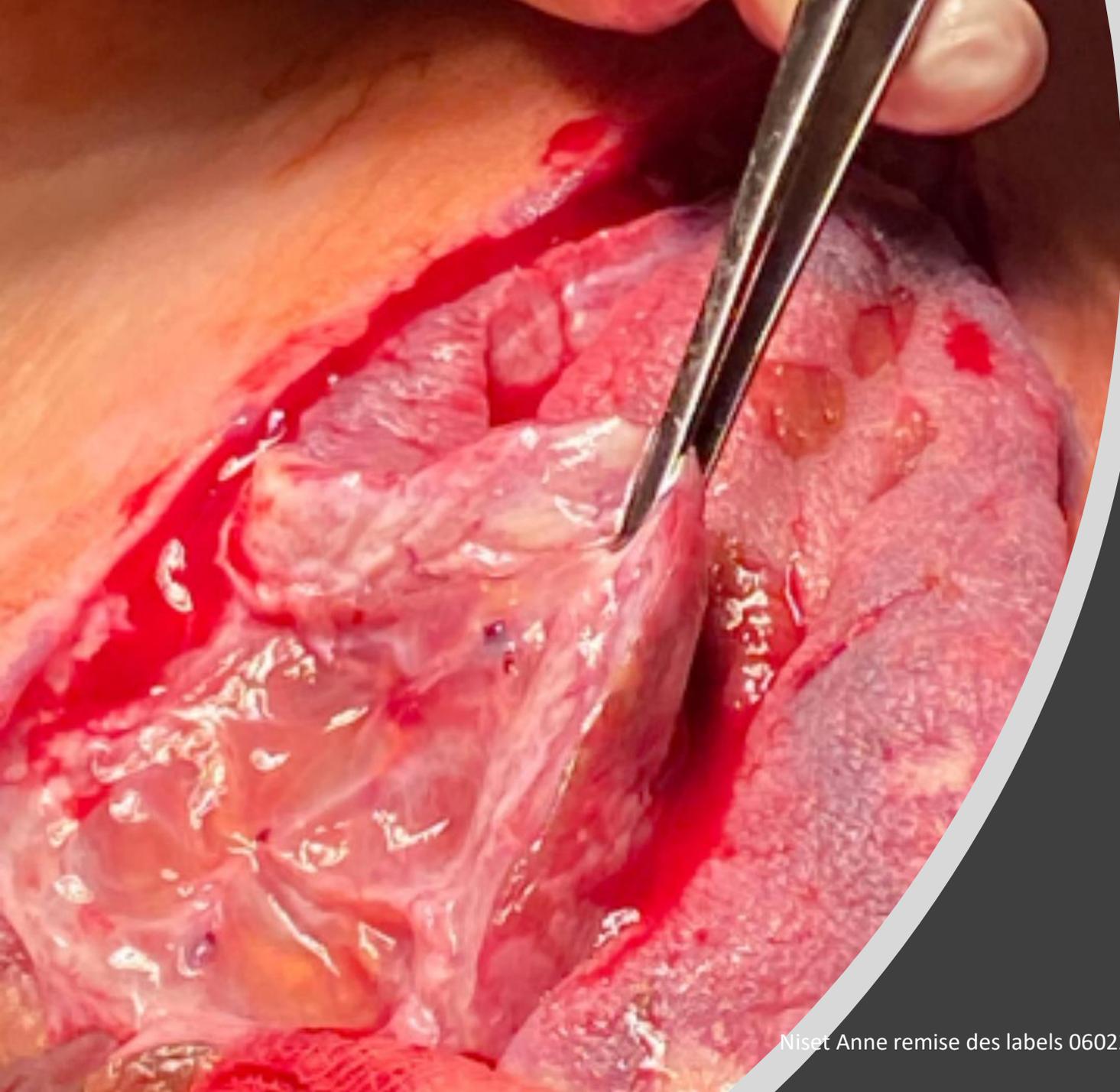
Pansement coule +++ 3 grands pansements absorbants placés

Avant
l'intervention
le 04/05/2022



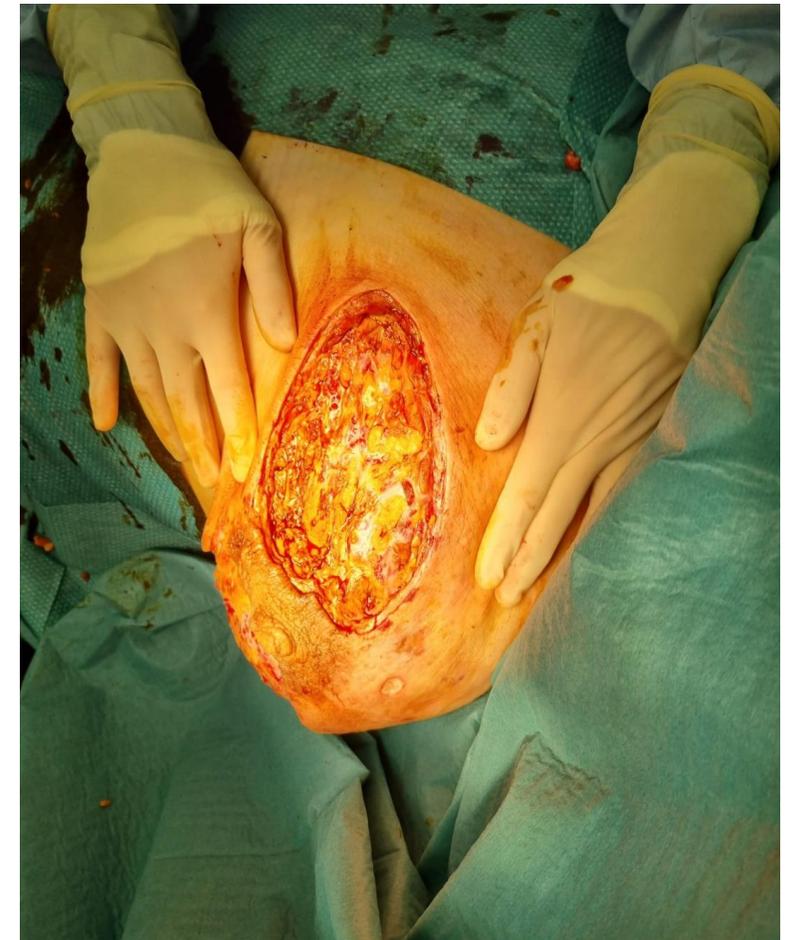


L'intervention
le
04/05/2022



L' intervention
le 04/05/2022

Fin de l'
intervention
le 04/05/2022



VAC traitement par pression négative

Le traitement des plaies par thérapie VAC consiste à poser un pansement sur la plaie et à appliquer une aspiration. L'aspiration peut être continue ou effectuée sur un cycle. L'aspiration a plusieurs effets importants sur la cicatrisation des plaies : Élimine le liquide de la plaie, l'œdème et l'infection.

Mise en place le lendemain lors de la réintervention

Réintervention le 05/05/2022 et mise en place d'un VAC traitement par pression négative, la plaie suinte +++

Le CRP est à 314,8 les GB 3,3



Recommandations post intervention

ATB: continuer le Dalacin® 3x/j IV puis P.O. selon évolution clinique Minimum 7 à 10 jours

Si symptômes de choc ou récurrence en fonction du CRP -> 1 dose unique de Gentamycine®
7mg/Kg

Labo tous les jours

Surveillance clinique, VAC, érythème, nouvelle apparition de douleur

Si nécessité de voir la plaie -> assistant chirurgie et si urgence -> chirurgienne plasticienne

Epilogue

Soins de pansement sous dose impt ATD le **6/5 J4** en salle d'op

7/5 J5 VAC perméable, peu de rendu dans le Canister, sein en diminution de volume, rougeur en diminution, meilleure souplesse du sein, bonne évolution

VAC laissé 1 semaine et ôté par la chirurgienne

Le mamelon et l'aréole ont été conservé, la peau sur les 2 côtés montre un peu de fibrine sur les bords

Evolution des différents traitements locaux

Déterger à l' Isobétadine, rincer puis Flaminal hydro sur la fibrine, compresse de Jelonet, 2h après le pansement est trempé

Proposition d'installation d'un nouveau VAC refusé par la maman

Jours suivants: passage du Flaminal hydro ou Flaminal Forte (s'étale moins bien et beaucoup de surface à couvrir) Cfrs infirmière référente plaies

Soins quotidiens sous MEOPA car trop douloureux

Evolution des différents traitements locaux

17/05 J15: la fibrine diminue bien, les berges sont rouges, induration des 2 côtés avec plus de 10cm à combler -> infectiologue, bilan sanguin, hémoculture, mammographie et US -> rien de grave -> greffe envisagée Cfrs infirmière référente plaies -> voir avis chirurgienne

Soins avec compresse de miel tulle

18/05 J16 Chirurgienne contactée: revoit la maman le 31/5 pour envisager une greffe avec un séjour d'une semaine. Douleur ++ suite aux compresses de miel(tulle)

-> remplacée par une compresse Moist(en mousse) +pansement aéré partie supérieure du pansement laissée ouverte, stop Isobétadine qui empêche le re bourgeonnement

Evolution des différents traitements locaux

18/05 J16 suite

Plaie bien rouge avec un peu de fibrine sur les berges

Attention à la revascularisation et les saignements plus importants avec le miel

23/05 J21

Nettoyage au LP puis argile blanche en poudre

28/05/2022 J26

Plaie en très bonne évolution, nettoyage au LP, miel et pansement aéré

Dernière photo

31/05/2022

Sein revenu au volume de base
(plus que doublé au J 2), plaie
réduite de moitié en taille

Plus de Meopa pour les soins

Voit la chirurgienne plasticienne
dans 3 jours

3 Jours après : Décision de lavage
du sein avec 2 produits donnés par
la chirurgienne

Pas de greffe programmée, toujours
pas en ordre de mutuelle

La chirurgienne poursuit le suivi
avec la maman



2023 – 1 an après

- ✓ Nouvel accouchement
- ✓ N'a pas donné suite au suivi avec la chirurgienne en ne se présentant pas au RDV ☹ celle-ci refuse un nouveau suivi si un problème survient à nouveau
- ✓ Toujours pas en règle de mutuelle
- ✓ Aucunes améliorations des conditions de vie
- ✓ Pas de mise au sein du côté précédemment opéré
- ✓ La maman souhaite qu'on lui retire le sein opéré, ce qui ne sera pas réalisé lors de son séjour en maternité





Niset Anne remise des labels 06022024

Cas clinique: l'adénomatose érosive du mamelon



Anamnèse



- Age 24 ans
- G2 P0 1FC vers 20 SA (jumelles)
- Maman au foyer
- Antécédent de dépression
- Non fumeuse
- Pas d'allergies
- ATCD chirurgicaux des seins : néants
- ATCD médicaux: néants
- Anatomie: seins hypertrophiés type gigantomastie et ptose bilatérale importante
- ATCD médicaux de la grossesse: sans particularités

Accouchement jour 0 et déroulement du séjour

17/04/2023 J0 Naissance de Maé

36 semaines 4/7

Accouchement spontané eutocique, sous péridurale, sans manœuvre, bb de 3080g, épisiotomie + déchirure + éraillures, chute de PA importante pour maman

Néonatalogie après 2h de peau à peau

Hypoglycémie à 0,18 à H2 → 36h de perfusion, essais mise au sein négatifs, expressions manuelles pour maman

Après 36h MAS avec mauvaise succion → téterelle +complément LA à la seringue (EM donne peu)

MAS avec DAL → Chute de poids , ictère → photothérapie toujours en néonatalogie → décision des parents de tirer le lait et le donner au biberon, le mamelon est « explosé » selon maman, pleurs +++ chez le bébé.

La maman quitte le service et est référée à une sage-femme indépendante, elle doit se procurer un tire-lait et tirer 8x/j idéalement en double pompage

Evolution la 1ère semaine

- MAS et T.L.100ml/3h
- $\frac{3}{4}$ du temps bébé mal mis, fait une grande bouche un mouvement puis une petite bouche et douleur+++
- 1 seule MAS efficace en 1 semaine
- Ostéopathe avec RDV à 3 semaines
- Mastite bilatérale– Ibuprofen® – Crevasses
- Frein de langue coupé
- Le bébé a une suspicion de micropénis, un prépuce court et des reins à suivre

1^{ère} consultation chez la consultante en lactation- à 12 j de vie

- Bouche: élévation de la langue ok, protrusion non vue, succion en manchon, tire la langue vers l'arrière, mord des 2 côtés, mouvement latéral de la langue à gauche mais pas à droite, frein de lèvre supérieur de type 2
- Visage symétrique, forme du crâne ok
- Ostéo: bébé en hyperextension à la stimulation puis en banane dès que déposé sur la table à langer, pas de côté préférentiel remarqué par les parents
- Maman tire 6 biberons de 90ml/24h parfois 7 biberons
- Bébé est calme, pleure moins, selles 3x/jour aspect top, urines 5-6 x/jour (poids d'un œuf de poule)

1^{ère} consultation à 12j - propositions

- Voir ostéopathe puis se revoir pour la mise au sein trop d+ pour maman)
- Poursuivre la stimulation au tire-lait (pas de signes de mastites depuis 72h, seins normo-tendus à la palpation)
- Crème Lansinoh® à étaler en couche fine avant l'utilisation du tire-lait
- Adapter la taille de la téterelle du tire-lait décrit comme « frottant fort la peau »
- Force d'aspiration à adapter
- Raconter le vécu de l'accouchement et de l'allaitement au bébé, verbaliser son vécu
- Psychologue du service à rencontrer pour soutien
- RDV dans 6 jours après visite chez l'ostéopathe

2ème consultation -18j de vie

- Pic de croissance-développement en cours
- Tétées stoppées → voudrait recommencer
- T.L. /3-4H min 90ml → 140 à 180ml l' après-midi
- Achat nouveau tire-lait « Kit mains libres »
- Taille téterelle du tire-lait adapté:17mm
- Ostéopathe ce jour: hoquets++, toujours en hyperextension, met mal sa langue → exercices par le papa avant la tétée, massage des joues, 2nd rdv ostéo 18 jours après

3ème consultation -6 semaines de vie

- A remis au sein pendant 5 jours puis mastite infectieuse au sein gauche, état grippal durant 4 jours, a contacté sa sage-femme indépendante
- Voulait sevrer, même en tirant son lait: « rien ne sortait »
- Utilisation du verre d'eau chaude et massage avec une crème, vidait son sein de cette manière
- A essayé de « relancer » T.L. 10ml puis 90ml après 1 semaine
- Puis 1j d'état grippal + douleur → Ibuprofen® + technique du verre d'eau → sang et pus → Médecin traitant : Staphycid® 500 pdt 10j 4x/j
- Sein ce jour: lourds, luisants sur les cadrans externes, zone dure à la palpation 4cm/6cm, mamelons avec petits dépôts de peau blanche et crevasses, aspect étonnant jamais vu



3ème consultation -6 sem de vie-propositions

- Drainage des seins manuellement sinon tire-lait ou technique du verre d'eau
- Glace entre chaque drainage si possible
- Repos maximum
- Lécithine de soja 10 gr par jour
- Ibuprofen® 800 mg 3x/j
- Paracétamol 1gr 3x/j
- Probiotiques lactobacillus fermentum ou salivarius 4 gel/jour
- Demande d'avis sénologue : US → pas d'abcès, pas d'adénopathies mais érythème discret, mamelons crevassés → drainage, glace, AINS, crème locale (Néobacitracine®)

Retour du dermatologue

- Suspicion d' adénomatose érosive du mamelon avec menace d' exérèse chirurgicale des mamelons selon l'évolution



Recherche bibliographique

- L'adénomatose érosive du mamelon est une entité tumorale rare, définie comme une prolifération bénigne des canaux galactophoriques. C'est une tumeur bénigne développée aux dépens d'un sinus lactifère du mamelon
- Aussi appelée adénome papillaire ou papillomatose floride du mamelon, c' est une tumeur bénigne rare qui survient dans la grande majorité des cas chez la femme d'âge moyen
- Se présente généralement sous forme d'un placard mamelonnaire érythémateux, érosif ou croûteux, d'aspect souvent eczématiforme. Un écoulement séreux ou séro-sanglant peut s'observer, voire même un petit nodule charnu ou masse mamelonnaire palpable. La lésion est indolore mais peut être prurigineuse. Les cas bilatéraux sont exceptionnels
- Rare entité, d'où problème de son diagnostic différentiel avec certaines pathologies malignes du sein notamment la maladie de Paget et le carcinome canalaire infiltrant bien différencié. L' analyse histologique avec étude immunohistochimique est efficace niveau diagnostique
- Chirurgie d'exérèse complète de la lésion avec reconstruction plastique du mamelon donne de bons pronostics

Evolution

- Peau au niveau des seins pèle, démangeaisons sur tout le sein, sensation de brûlures, croutes sur les mamelons, **pas de maladie de Paget** du sein;
- Irritations par le T.L. Kit mains libres et technique du verre d'eau chaude n'a rien arrangé, a tout stoppé
- Crème à la cortisone donnée par le dermatologue pour les mamelons (3 sem de traitement) ainsi qu'une crème hydratante pour les seins et suivi de soutien via mail et photos avec lui
- Bébé reste en hyperextension et tourne toujours la tête du même côté → revoir ostéopathe.
- Continue le suivi avec la psychologue



Epilogue

- Evolution normale dite post-inflammatoire (un peu comme un coup bleu) pour le dermatologue
- Durée de 2 mois de prise en charge depuis le dermatologue pour revenir aux seins de base
- Maman garde espoir de pouvoir allaiter le bébé suivant, le papa lui ne préfèrerait pas le tenter au vu des souffrances physiques et psychologiques subies par sa compagne



Conclusions

- 2 cas cliniques qui nous montrent combien le travail en multidisciplinarité est important.
- La formation des professionnels qui travaillent dans le domaine de la périnatalité ou qui peuvent avoir des contacts avec des mères allaitantes devraient tous avoir une formation de base solide en allaitement maternel.
- La communication réciproque entre les intervenants l'est tout autant.



- Quel que soit nos convictions, les données scientifiques nous prouvent tous les jours, l'importance de l'allaitement maternel.

- Nous ne pouvons plus ignorer ce fait et nous avons le devoir de soutenir au mieux les mères allaitantes à partir de données scientifiquement probantes.