



Abcès du sein : privilégier la ponction-aspiration échoguidée



Rev Med Suisse 2010; 6: 2010-2

J.-F. Delaloye
R. Capoccia Brugger
A. Ifticene Treboux
A. Anaye
J.-Y. Meuwly

Pr Jean-François Delaloye
 Drs Romina Capoccia Brugger
 et Assia Ifticene Treboux
 Département de gynécologie-
 obstétrique et de génétique
 Drs Anass Anaye et Jean-Yves Meuwly
 Service de radiodiagnostic
 CHUV, 1011 Lausanne
 jean-francois.delaloye@chuv.ch

Ultrasonography-guided drainage should be considered as the first-line approach for breast abscesses treatment

The abscesses of the breast are puerperal or non puerperal. The *Staphylococcus aureus* is the most common germ. The diagnosis is based on clinical criterias and confirmed by the ultrasonography. The percutaneous ultrasonography-guided drainage must be proposed in first intent to treat. Surgical treatment is still valid with a relapsing or chronic abscess, or after the non operative processes have failed.

Les abcès du sein sont puerpéraux ou non puerpéraux. Ils résultent le plus souvent d'une infection à *Staphylococcus aureus*. Avant tout clinique, le diagnostic peut être confirmé par une échographie. La ponction-aspiration échoguidée a supplanté l'incision chirurgicale, longtemps considérée comme le gold standard thérapeutique. La chirurgie garde sa place en cas d'échec des traitements conservateurs et en cas d'abcès récidivant ou chronique.

INTRODUCTION

Les abcès du sein se définissent par la formation d'une collection purulente dans la glande mammaire ou le tissu périglandulaire.¹ On les diagnostique plus fréquemment chez les femmes allaitant que chez les femmes n'allaitant pas.² Ils sont donc soit puerpéraux (figures 1 et 2), soit non puerpéraux. Les abcès puerpéraux peuvent compliquer une mastite. Ils sont favorisés par des rhagades et des blessures du complexe aréolo-mamelonnaire.³ La prescription précoce d'une antibiothérapie en cas de mastite a grandement diminué leur fréquence.⁴⁻⁶ Les abcès non puerpéraux sont favorisés par une anomalie anatomique (inversion du mamelon, ectasie des canaux galactophores, métaplasie malpighienne des sinus lactifères ou piercing) ou par des facteurs généraux (diabète, obésité, immunodépression ou tabagisme).^{1,7} Ils peuvent aussi toucher l'homme, sans âge de prédilection.¹

CLINIQUE

Les signes cliniques associent la douleur, la rougeur et la tuméfaction. Les abcès puerpéraux sont généralement unilatéraux et profonds.^{1,5,6,8,9} Les abcès non puerpéraux sont souvent superficiels et para-aréolaires.¹

ÉTIOLOGIE

Les germes impliqués dans les abcès du sein sont aérobies et anaérobies. Le *Staphylocoque aureus* est le germe aérobie le plus fréquemment isolé dans les abcès puerpéraux.^{4,10} Le peptostreptocoque et le *propionibacterium* sont des germes anaérobies isolés dans les infections aiguës, chroniques ou récidivantes; on les trouve souvent associés à d'autres germes anaérobies ou aérobies.^{1,11,12}

DIAGNOSTIC

L'échographie est l'examen de choix pour confirmer le diagnostic, réaliser des prélèvements bactériologiques et biopsiques et surveiller l'évolution des lésions.^{1,2,13} L'échodoppler n'apporte rien au diagnostic. La mammographie n'a pas non plus de place en phase aiguë;¹⁰ on y recourt si la symptomatologie ne cède pas aux traitements de première intention.¹ Le diagnostic différentiel se pose

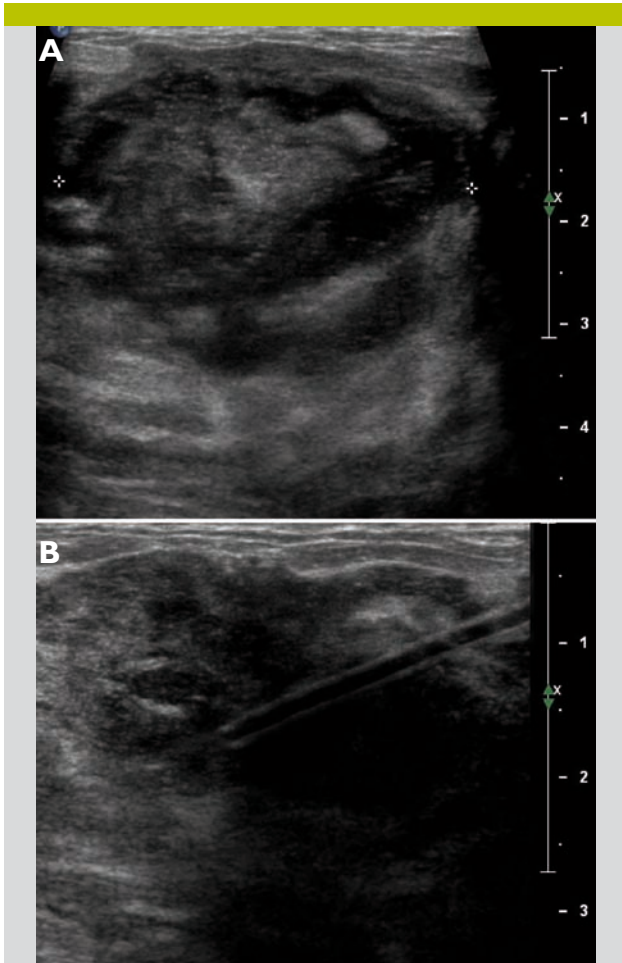


Figure 1. Abscès puerpéral (A) avant et (B) après ponction-aspiration à l'aiguille 14 G

parfois avec les cancers inflammatoires.^{7,14} La fréquence d'une association entre un abcès et un cancer varie de 2 à 20%.^{5,6,13-15} Enfin, toute infection récidivante inexplicquée ne doit pas faire oublier la tuberculose mammaire.¹

TRAITEMENT

Le traitement de première intention des abcès du sein associe une antibiothérapie par voie générale (amoxicilline et acide clavulanique 2x1 g/j; érythromycine 3-4x250 mg/j; clindamycine 3x300 mg/j) à une ponction-aspiration échoguidée à l'aiguille 14 G (figures 1 et 2) et à une irrigation d'une solution isotonique.^{6,9,15,16} Il est souvent nécessaire de répéter plusieurs fois cette ponction.^{5,17} Lorsque l'abcès mesure plus de 3 cm, il est conseillé d'insérer un drain percutané de 6-8 F (figure 3) avant de procéder à des rinçages quotidiens,^{15,18} car ponctionner fait mal! Ce traitement ne nécessite pas d'hospitalisation. Le taux de succès varie de 82 à 91%.^{4,6,10,13-16,18-20} Le cloisonnement d'un abcès est une cause d'échec. L'acide hyaluronique, ajouté au liquide de rinçage, peut favoriser la rupture des cloisons; contre-indiqué pendant l'allaitement, il impose le recours à un tire-lait pendant la durée de sa prescription.

La chirurgie trouve sa place en cas d'échec des drainages percutanés.^{5,6,15} Elle consiste à inciser le sein en anes-

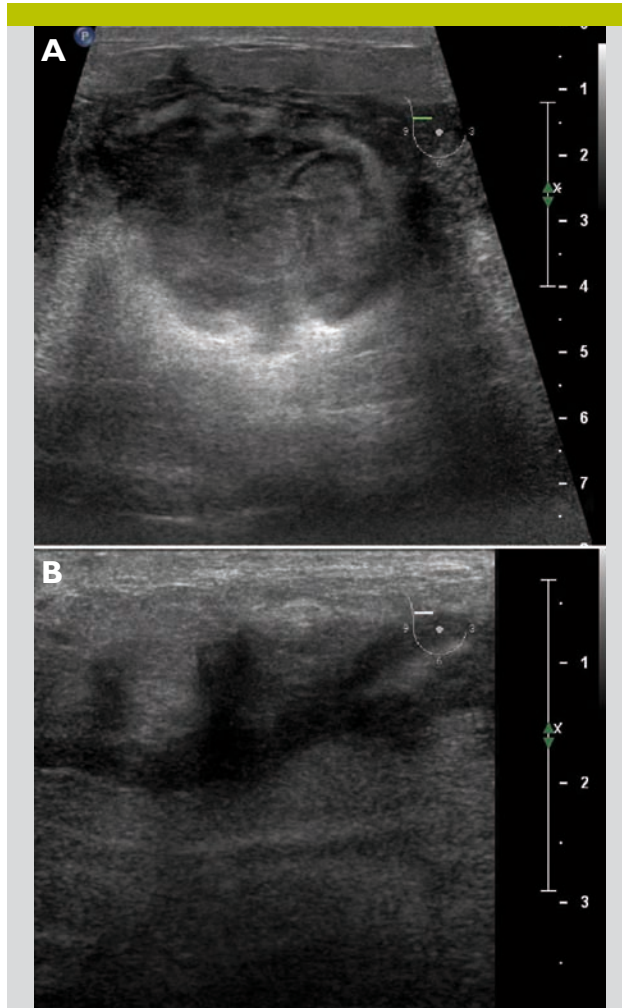


Figure 2. Abscès puerpéral (A) avant et (B) après une semaine de rinçages quotidiens au travers d'un drain 8 F

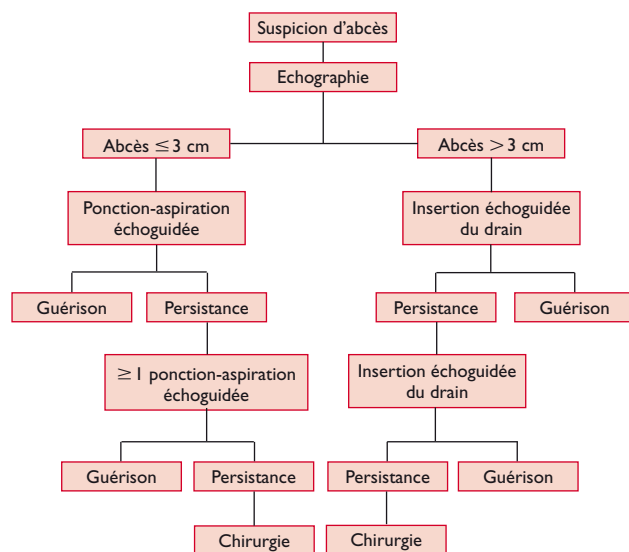


Figure 3. Arbre décisionnel en cas d'abcès du sein (D'après réf.⁶).



Figure 4. Status 24 heures après incision d'un abcès puerpéral

thésie générale, à effondrer les logettes au doigt, à prélever et à évacuer le pus,¹⁹ puis à laisser en place un drain souple. Il est recommandé de suivre les lignes de la peau et d'éviter les incisions radiales et autour du mamelon (figure 4), afin de ne pas altérer les canaux galactophores.³ Il importe ensuite de rincer quotidiennement la cavité de biopsie, qu'un processus de granulation referme en trois semaines environ.³ Lorsque l'abcès est drainé, l'antibiothérapie est poursuivie au moins cinq jours.³ Si les berges de l'abcès ont un aspect suspect, il faut les biopsier.¹ En cas d'abcès puerpéral, plusieurs auteurs préconisent de poursuivre l'allaitement avec les deux seins.^{3,16,18,20}

Les abcès non puerpéraux récidivent plus souvent que les abcès puerpéraux. Ils peuvent fistuliser, imposant alors une exérèse chirurgicale (figure 5).



Figure 5. Exérèse d'un abcès non puerpéral ayant fistulisé à la peau

CONCLUSION

Les ponctions-aspirations percutanées échoguidées devraient constituer le traitement de première intention des abcès du sein.¹⁷ Le traitement chirurgical garde une place en cas d'échec des procédures conservatrices et d'abcès récidivant ou chronique. ■

Implications pratiques

➤ En cas d'abcès au sein :

1. La ponction-aspiration échoguidée peut être proposée en première intention
2. La chirurgie garde sa place en cas d'échec de ponctions-aspirations échoguidées

Bibliographie

- 1 * Beyrouti MI, Boujelben S, Beyrouti R, et al. Abscesses pyogéniques du sein: aspects cliniques et thérapeutiques. *Gynecol Obstet Fertil* 2007;35:645-50.
- 2 Elagili F, Abdullah N, Fong L, et al. Aspiration of breast abscess under ultrasound guidance: Outcome obtained and factors affecting success. *Asian J Surg* 2007;30:40-4.
- 3 * Peters F. Puerperale Mastitis: Empfehlungen für Diagnostik und Therapie. *Senologie* 2009;6:227-30.
- 4 Dixon JM. Breast infection. *BMJ* 1994;309:947-9.
- 5 Hook GW, Ikeda M. Treatment of breast abscesses with US-guided percutaneous needle drainage without indwelling catheter placement. *Radiology* 1999;213:579-82.
- 6 Berna JD, Madrigal M, Berna-Serna JD. Percutaneous management of breast abscesses: An experience of 39 cases. *Ultrasound Med Biol* 2004;30:1-6.
- 7 Friedolf P, Anja K, Volker P. Coincidence of non-puerperal mastitis and non-inflammatory breast cancer. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;105:59-63.
- 8 Edward A, Benson MA. Management of breast abscesses. *World J Surg* 1989;13:753-6.
- 9 Karstrup S, Nolsoe SC, Brabrand K, et al. Ultrasonically guided percutaneous drainage of breast abscesses. *Acta Radiol* 1990;31:157-9.
- 10 Ulitzsch D, Nyman MK, Carlson RA. Breast abscess in lactating women: US-guided treatment. *Radiology* 2004;232:904-9.
- 11 Charles E, Edmiston JR, Alonzo P, et al. The non-puerperal breast infection: Aerobic and anaerobic microbial recovery from acute and chronic disease. *J Infect Dis* 1990;162:695-9.
- 12 Brook I. Microbiology of non-puerperal breast abscesses. *J Infect Dis* 1988;157:377-9.
- 13 O'Hara RJ, Dexter SP, Fox JN. Conservative management of infective mastitis and breast abscesses after ultrasonographic assessment. *Br J Surg* 1996;83:1413-4.
- 14 Scott BG, Silberfein EJ, Pham HQ, et al. Rate of malignancies in breast abscesses and argument for ultrasound drainage. *Am J Surg* 2006;192:869-72.
- 15 Imperiale A, Zandrino F, Calabrese M, et al. Abscesses of the breast: US-guided serial percutaneous aspiration and local antibiotic therapy after successful systemic antibiotic therapy. *Acta Radiol* 2001;42:161-5.
- 16 Leborgne F, Leborgne R. Treatment of breast with sonographically guided aspiration, irrigation, and instillation of antibiotics. *AJR Am J Roentgenol* 2003;181:1089-91.
- 17 Edstrom Elder E, Brennan M. Nonsurgical management should be first-line therapy for breast abscess. *World J Surg* (EPUD 02 March 2010).
- 18 Schwarz RJ, Shrestha R. Needle aspiration of breast abscesses. *Am J Surg* 2001;182:117-9.
- 19 Dixon JM. Out patient treatment of non-lactation breast abscesses. *Br J Surg* 1992;79:56.
- 20 Karstrup S, Solvig J, Nolsoe CP, et al. Acute puerperal breast abscesses: US-guided drainage. *Radiology* 1993;188:807-9.

* à lire

** à lire absolument