

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple- Un But- Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)



FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE

ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE (FMOS)

Mémoire de fin d'études

**DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DES MASTITES
PUERPERALES A L'HOPITAL DE SIKASSO**

DE JANVIER 2019 A JUIN 2021

Présenté par

Docteur Moussa Coulibaly

Pour l'obtention du diplôme Universitaire en sénologie

Spécialité: Gynécologie-obstétrique

Directeur de mémoire :

Pr Drissa TRAORE

ANNEE ACADEMIQUE 2020-2021

DEDICACE

Je dédie ce présent ce travail à :

☞ **Mon père**

Malgré le poids de l'âge, tes prières ont transcendé le temps et la distance pour me conduire là où j'en suis ; tu représenteras pour moi la source intarissable qui nourrit mon être qui guide et oriente mes choix.

Trouves ici cher père dans ce modeste travail, un signe supplémentaire de ma gratitude, de mon respect indestructible.

Qu'allah l'omnipotent vous protège davantage et vous accorde encore la vie et la santé.

☞ **MA MERE**

Feue Marta BOIRE, femme courageuse, dynamique, attentive, tu as éduqué tes enfants dans le sens de l'amour et le respect pour le prochain. Suivre un enfant dans son développement n'est pas chose facile. Tu t'es toujours battue, sacrifié pour nous tes enfants. Je suis fier d'être ton enfant. Trouve ici le témoignage de mon affectueux attachement.

☞ **MON EPOUSE**

Ma chérie, j'ai passé de longues nuits, des journées harassantes de gardes, des longs mois d'absence à la recherche de ce parchemin ; beaucoup de sacrifices au détriment de notre petite famille ; je te dédie ce modeste travail en reconnaissance à ton abnégation, trouves ici la traduction de mon amour immense et renouvelé.

☞ **MES ENFANTS,**

Vousêtes pour moi la sève qui me nourrit tous les jours et me donne la force d'avancer d'avantage.

Si j'ai accepté de me battre dignement malgré les difficultés rencontrées, c'est pour vous donner un exemple : ne jamais baisser les bras, ne jamais trahir sa fierté et sa dignité d'Homme ; ne jamais accepter la défaite ; essaies d'aller le plus loin possible, beaucoup plus loin que-moi ton père ; trouvez ici chers enfants, l'expression écrite de tout mon amour.

REMERCIEMENTS

❖ A tout le **PERSONNEL** du service de gynécologie obstétrique de l'hôpital de Sikasso pour leur franche collaboration.

❖ A MES PARENTS ET FRERES

Vous m'avez apporté votre soutien immense trouvez ici chers parents l'expression de ma reconnaissance et de mon attachement indéfectible.

❖ A MES AMIS

Pour notre amitié franche et sincère de tout temps, trouvez ici l'expression de ma reconnaissance.

❖ A mon frère et ami

Louka Diarra, laborantin et biologiste à l'hôpital de Sikasso ; Vous m'avez apporté votre soutien immense trouvez ici cher frère l'expression de ma reconnaissance et de mon attachement indéfectible.

❖ A MES CAMARADES ET COLLEGUES

Vous êtes très nombreux à avoir marqué ma personne pour vos qualités humaines et ou pédagogiques au service comme ailleurs.

A NOS MAITRES ET JUGES

-

LISTE DES ABREVIATIONS

CPN : Consultation Prénatale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RESUME

Introduction

Les pathologies inflammatoires et infectieuses du sein durant l'allaitement sont un phénomène fréquent mais mal connu. Elles sont également désignées par les termes de mastite lactationnelle ou mastite puerpérale. Peu d'auteurs ont abordé la problématique qui a pour conséquence l'existence de peu de données qui décrivent les mastites puerpérales à l'hôpital de Sikasso d'où cette étude s'est fixée comme objectif général d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, diagnostiques et thérapeutiques des mastites puerpérales dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital de Sikasso.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive qui s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital de Sikasso entre le 1^{er} janvier 2019 et le 30 Septembre 2021. Tous les cas des mastites puerpérales diagnostiqués durant la période d'étude ont été inclus. Les données de chaque patiente ont été collectées sur une fiche d'enquête et analysées par le logiciel Excel 2013.

Résultats

Quarante et trois patientes ont été enregistrées soit une fréquence de 0,90 % de l'ensemble des femmes allaitantes avec un âge moyen de $31,4 \pm 8,7$ ans (extrêmes : 17 ans et 48 ans). Concernant les caractéristiques socio démographiques, les femmes de la tranche d'âge 20-30 ans ont été les plus touchées par les mastites puerpérales avec 39,53%. Les ménagères représentaient 48,88% de l'ensemble de la population d'étude. La mastite puerpérale est survenue dans la majorité des cas au cours de la deuxième semaine après l'accouchement avec un taux de 39,53%. Selon la parité les mastites puerpérales ont été identifiées chez les paucipares avec un taux de 48,84%. Les aspects cliniques ont été dominés par une fièvre associée à des adénopathies chez 74,42% des patientes. L'échographie a été le moyen de diagnostic le plus utilisé avec une fréquence de 81,40%. Sur le plan thérapeutique, l'utilisation concomitante d'anti-inflammatoires et d'antibiotiques a été le traitement le plus prescrit avec un taux de 97,67%.

Conclusion

La mastite puerpérale est une complication de l'allaitement dont la prévention est essentielle.

Mots clés : mastite puerpérale ; aspects épidémiologiques ; prise en charge

ABSTRACT

Introduction

Inflammatory and infectious pathologies of the breast during breastfeeding are a frequent but poorly understood phenomenon. They are also referred to as lactational mastitis or puerperal mastitis. Few authors have addressed the problem which results in the existence of few data describing puerperal mastitis at the Sikasso hospital, from which this study has set itself the general objective of studying the epidemiological and clinical aspects, diagnosis and treatment of puerperal mastitis in the gynecology-obstetrics department of the Sikasso hospital.

Methodology

This was a retrospective and descriptive study that took place in the obstetric gynecology department of the Sikasso hospital between January 1, 2019 and September 30, 2021. All cases of puerperal mastitis diagnosed during the period of study were included. The data for each patient were collected on a survey sheet and analyzed by Excel 2013 software.

Results

Forty-three patients were recorded, ie a frequency of 0.90% of all lactating women with a mean age of 31.4 ± 8.7 years (range: 17 years and 48 years). Regarding socio-demographic characteristics, women in the 20-30 age group were the most affected by puerperal mastitis with 39.53%. Housewives represented 48.88% of the entire study population. . Puerperal mastitis occurred in the majority of cases during the second week after childbirth with a rate of 39.53%. According to the parity, puerperal mastitis was identified in pauciparas with a rate of 48.84%. The clinical aspects were dominated by fever associated with lymphadenopathy in 74.42% of patients. Ultrasound was the most widely used diagnostic method with a frequency of 81.40%. Therapeutically, the concomitant use of anti-inflammatory drugs and antibiotics was the most prescribed treatment with a rate of 97.67%.

Conclusion

Puerperal mastitis is a complication of breastfeeding and prevention is essential.

Keywords: puerperal mastitis; epidemiological aspects; supported

TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	I
---------------	---

REMERCIEMENTS	II
LISTE DES ABREVIATIONS	III
RESUME.....	IV
Introduction	IV
ABSTRACT	V
TABLES DES ILLUSTRATIONS	V
INTRODUCTION.....	1
I. Sein	2
I.1. Définition et anatomie du sein.....	2
I.2. Mastites.....	3
I.2.1. Définition	3
I.2.2. Classification.....	4
I.2.2.1. Mastites non puerpérales	4
I.2.2.2. Mastites puerpérales	4
I.2.2.2.1. Définition.....	4
I.2.2.2.2. Epidémiologie.....	4
I.2.2.2.3. Physiopathologie	4
I.2.2.2.4. Symptomatologie.....	5
I.2.2.2.5. Etiologies	5
I.2.2.2.6. Facteurs favorisants	6
I.2.2.2.7. Complications des mastites puerpérales	6
I.2.2.2.8. Diagnostic	7
I.2.2.2.8.1. Clinique	7
I.2.2.2.8.2. Examen radiologie	7
I.2.2.2.9. Prise en charge.....	8
I.2.2.2.9.1. Antibiothérapie.....	8
I.2.2.2.9.2. Traitement anti-inflammatoire	8

I.2.2.2.10. Prévention.....	9
II. MATERIELS ET METHODES	10
II.1. Cadre d'étude.....	10
II.1.1. Description	10
II.1.1.1. Présentation géographique de la région de Sikasso	10
II.1.1.2. Présentation de l'hôpital de Sikasso	10
II.1.2. Organisation structurale du Service de la Gynécologie obstétrique de l'hôpital de Sikasso.....	11
II.1.2.1. Le bloc obstétrical comprend.....	12
II.1.2.1.1. L'accueil :.....	12
II.1.2.1.2. Le bloc opératoire comprend :	12
II.1.2.1.3. Le bloc d'Hospitalisation	12
II.1.2.2. Personnel de la maternité de l'hôpital de Sikasso.....	12
II.1.2.3. Organisation des activités	13
II.2. Type et période d'étude	13
II.3. Population d'étude	13
II.3.1. Echantillonnage	13
II.3.1.1. Critères d'inclusion	13
II.3.1.2. Critères de non inclusion	13
II.3.1.3. Collecte des données	13
II.4. Analyses des données	14
II.5. Matériels	14
II.6. Méthodes	14
II.6.1. Examen clinique	14
II.6.1.1. Prise des constantes.....	14
II.6.1.2. Interrogatoire.....	14
II.6.1.3. L'inspection	14

II.6.1.4.	Palpation	14
II.6.1.5.	Rétablissement d'un bulletin d'analyse	15
II.6.2.	Examen radiologique.....	15
II.6.2.1.	Echographie	15
II.6.2.2.	Mammographie	15
III.	RESULTATS ET DISCUSSIONS.....	16
III.1.	Résultats.....	16
III.1.1.	Description de la population d'étude	16
III.1.2.	Caractéristiques socio démographiques	17
III.1.2.1.	Répartition des mastites puerpérales selon les tranches d'âge.....	17
III.1.2.2.	Répartition des mastites puerpérales selon la profession.....	17
III.1.2.3.	Répartition des mastites puerpérales selon l'ethnie	18
III.1.2.4.	Répartition des mastites puerpérales selon la provenance	18
III.1.2.5.	Répartition des mastites puerpérales selon le statut matrimonial	18
III.1.2.6.	Evolution des mastites puerpérales selon l'année.....	19
III.1.3.	Aspects épidémiologiques des mastites puerpérales	19
III.1.3.1.	Mastites puerpérales selon le moment d'apparition.....	19
III.1.3.2.	Selon le mode d'accouchement.....	19
III.1.3.3.	Selon la parité	20
III.1.3.4.	Selon la gestité	20
III.1.4.	Caractéristiques cliniques, diagnostiques et thérapeutiques des mastites puerpérales	21
III.1.4.1.	Cliniques	21
III.1.4.2.	Moyens de diagnostic	21
III.1.4.3.	Thérapeutique	22
III.2.	Discussions	23
III.2.1.	Fréquence des mastites	23

III.2.2. Caractéristiques sociodémographiques	23
III.2.3. Aspects épidémiologiques des mastites puerpérales	23
III.2.4. Moyens de diagnostic	24
III.2.5. Prise en charge	24
CONCLUSION	24
PERCEPTIVES	25
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	27
ANNEXE	i

TABLES DES ILLUSTRATIONS

Liste des figures

Figure 1: structure du sein.....	3
Figure 2: Mastite de lactation: inflammation du sein.....	3
Figure 3 : Mastite : zone inflammatoire des quadrants inférieurs et internes du sein droit.	7
Figure 4 : Mastite à un stade débutant. Échographie du sein droit :	8
Figure 5 : Carte administrative de la région de Sikasso	10
Figure 6 : Mastites puerpérales selon les tranches d'âge	17
Figure 7 : Mastites puerpérales en fonction de la profession	17
Figure 8 : Mastites puerpérales selon le jour d'apparition	19
Figure 9 : Répartition des mastites puerpérales selon la gestité.....	21

Liste des tableaux

Tableau I : Pratiques adéquates et techniques correctes pouvant contribuer à prévenir une mastite puerpérale.	9
Tableau II: Répartition des mastites puerpérales selon l'ethnie.....	18
Tableau III: Répartition des mastites puerpérales selon la provenance	18
Tableau IV: Répartition des mastites puerpérales selon le statut matrimonial	18
Tableau V : fréquence des mastites puerpérales selon l'année	19
Tableau VI : Répartition des mastites puerpérales selon le mode d'accouchement	20
Tableau VII : Répartition des mastites puerpérales en fonction de la parité.....	20
Tableau VIII : Mastites puerpérales en fonction des signes cliniques	21
Tableau IX : Mastites puerpérales selon les moyens de diagnostic	22
Tableau X : Mastites puerpérales en fonction des moyens de prise.....	22

INTRODUCTION

Les pathologies inflammatoires et infectieuses du sein durant l'allaitement sont un phénomène fréquent mais mal connu (**Leconte *et al.*, 2008**). La mastite est l'un des problèmes les plus fréquemment rencontrés par les mères allaitantes. Il s'agit d'une inflammation du sein qui peut survenir avec ou sans infection. Elle est également désignée par les termes de mastite lactationnelle ou mastite puerpérale. Il a été estimé que la mastite lactationnelle survenait chez environ 2 à 10 % de l'ensemble des femmes allaitantes, bien que l'incidence rapportée varie d'une population à l'autre, certaines études indiquant des taux atteignant 30 % (**Gillian *et al.*, 2018**).

Les mastites puerpérales sont nettement plus fréquentes que les mastites non puerpérales puisqu'elles représentent 86% des cas. La mastite puerpérale touche 10-20% des femmes pendant les six premiers mois de lactation, les 6-8 premières semaines étant les plus à risque (**Merz, 2014**). Le moment de survenue le plus fréquent de la mastite est la deuxième ou troisième semaine post-partum (**Gillian *et al.*, 2018**).

L'incidence de la mastite nécessitant une hospitalisation est faible; une étude menée par Stafford et coll. a inclus 136 459 mères, et 127 d'entre elles ont dû être hospitalisées pour mastite, c'est-à-dire une incidence de 9 pour 10 000 accouchements (**Gillian *et al.*, 2018**).

Peu d'auteurs ont abordé la problématique qui a pour conséquence l'existence de peu de données qui décrivent les mastites puerpérales à l'hôpital de Sikasso d'où cette étude qui s'est fixé comme :

- **Objectif principal**

Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques, diagnostiques et thérapeutiques des mastites puerpérales dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital de Sikasso.

- **Objectifs spécifiques**

- Déterminer la fréquence des mastites puerpérales à l'hôpital de Sikasso
- Décrire les aspects sociodémographiques, cliniques des mastites puerpérales
- Enumérer les moyens de diagnostic et de prise en charge des mastites puerpérales

I. Sein

I.1. Définition et anatomie du sein

Le sein est constitué de graisse, de tissu conjonctif, de glandes et de canaux. Chaque sein repose sur un large muscle du thorax appelé "muscle grand pectoral". Le sein couvre une région assez grande : en hauteur jusqu'à la clavicule et en largeur, de l'aisselle (creux axillaire) jusqu'au milieu du sternum environ. Il est composé de différentes parties :

- **les ligaments** qui sont des bandes serrées de tissu conjonctif soutenant les seins. Ils traversent le sein de la peau jusqu'aux muscles où ils se fixent au thorax.
- **les lobules** qui sont des groupes de glandes qui produisent le lait. Chaque sein comporte de 15 à 25 lobules. Les glandes produisent du lait quand elles sont stimulées par les hormones de la femme durant la grossesse.
- **les canaux lactifères** qui sont des tubes qui transportent le lait des lobules au mamelon.
- **le mamelon** désigne la région située au centre de l'aréole et d'où sort le lait à une extrémité. Il est aussi appelé "ostium papillaire" ou "papille". Le mamelon est fait de fibres musculaires. Quand ces fibres se contractent, le mamelon durcit, ou pointe vers l'extérieur. Le mamelon est composé de l'aréole et du téton, avec un muscle sphincter qui permet au téton de se contracter. La peau du mamelon est particulièrement fine afin de laisser passer le lait maternel au moment de l'allaitement. Le mamelon est une zone sensible, et peut avoir une érection au niveau du téton quand il fait froid ou sous l'effet d'une excitation ou d'une stimulation sexuelle.
- **l'aréole** est la surface ronde, rosée ou brunâtre qui entoure le mamelon. Elle contient de petites glandes qui libèrent, ou sécrètent, une substance huileuse qui agit comme lubrifiant pour le mamelon et l'aréole. De taille variable selon les individus, elle a en général un diamètre de 3 cm mais peut recouvrir entièrement la surface du sein, ou être à peine visible. L'aréole est recouverte de quelques glandes aréolaires qui protègent le sein contre les infections et le dessèchement. L'aréole contient également un muscle qui permet l'érection du mamelon (figure 1)

(www.chirurgie-gynecologie.fr/page-chir-sein/anatomie-sein.htm)

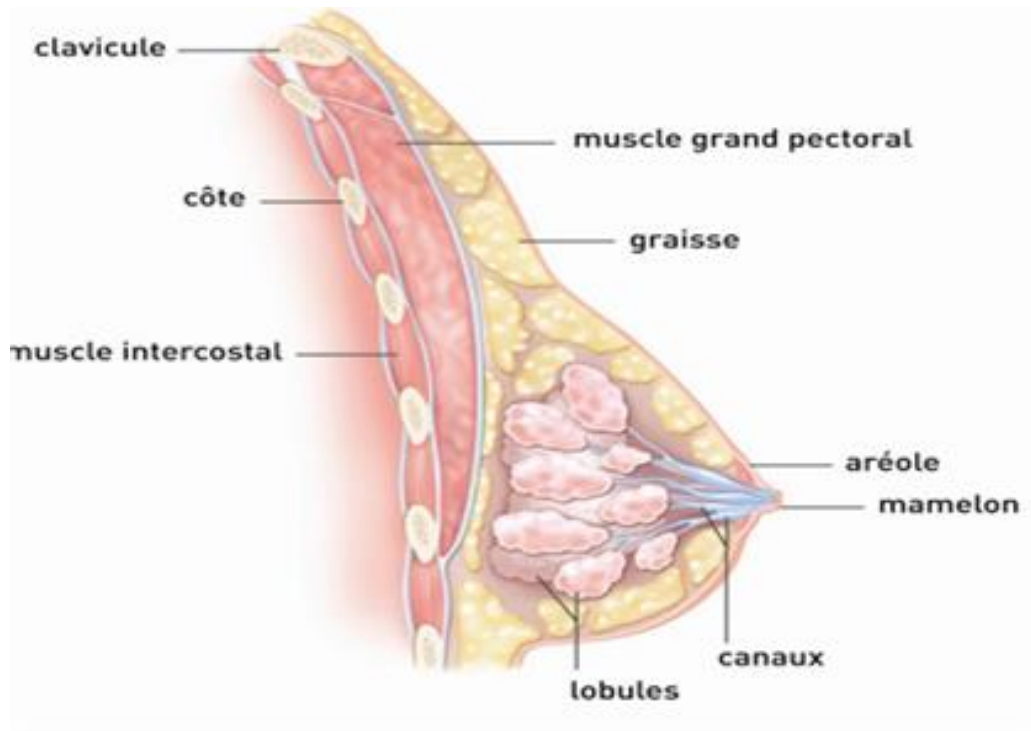


Figure 1: structure du sein(www.chirurgie-gynecologie.fr/page-chir-sein/anatomie-sein.htm)

I.2. Mastites

I.2.1. Définition

La mastite est une inflammation du tissu mammaire qui résulte ou non d'une infection. Il s'agit d'une cellulite du tissu inter lobulaire (figure 2) (Leconte *et al.*, 2008).

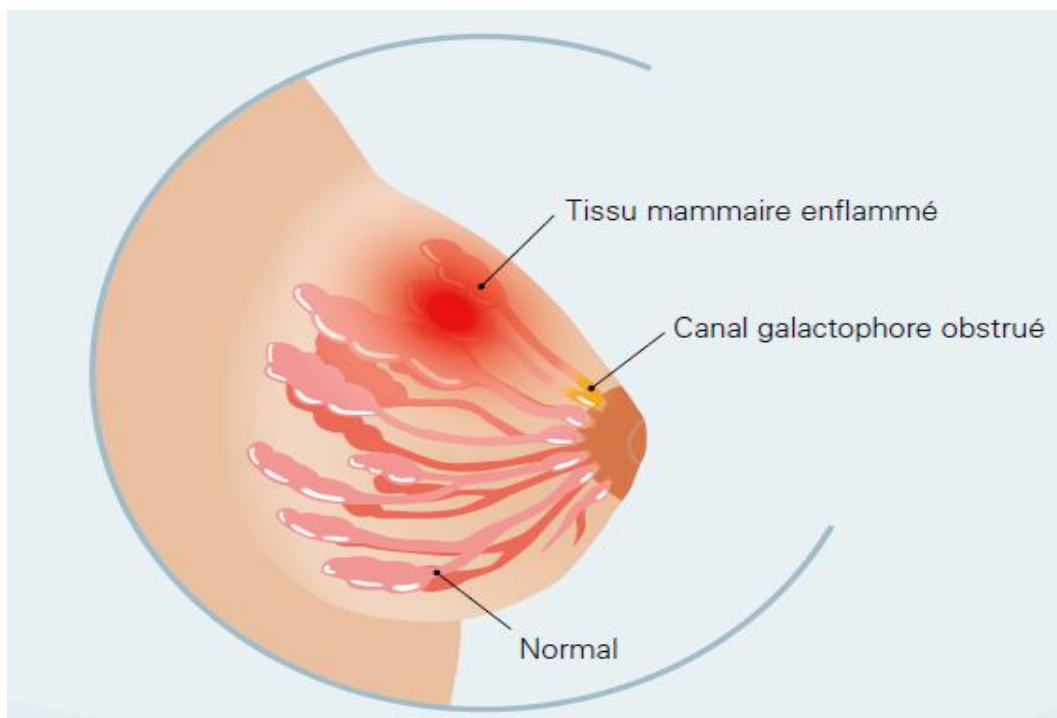


Figure 2: Mastite de lactation: inflammation du sein(Gillian *et al.*, 2018).

I.2.2. Classification

On distingue deux formes principales de mastites (infections du sein) : les mastites puerpérales, survenant pendant les périodes de lactation, et les mastites non puerpérales. Les mastites puerpérales sont nettement plus fréquentes que les mastites non puerpérales puisqu'elles représentent 86% des cas(Merz *et al.*, 2014).

I.2.2.1. Mastites non puerpérales

Ce sont les mastites survenant en dehors de la période de lactation. Les mastites non puerpérales surviennent généralement après une intervention chirurgicale, soit en chirurgie plastique (réduction mammaire), soit dans un contexte oncologique (tumorectomie, lymphadénectomie)(Merz *et al.*, 2014).

I.2.2.2. Mastites puerpérales

I.2.2.2.1. Définition

La mastite puerpérale aussi appelée mastite lactationnelle est une inflammation du sein souvent associée à une infection, survenant pendant la période d'allaitement. Son diagnostic est essentiellement clinique, basé sur l'apparition d'une douleur, d'une rougeur, d'une chaleur et d'une tuméfaction du sein parfois accompagnée d'un état fébrile. Le retard à la prise en charge et le recours à des traitements inadaptés exposent à des complications comme l'abcès, la cellulite et la fasciite nécrosante du sein. (Koutora *et al.*, 2021 ;Merz *et al.*, 2014).

I.2.2.2.2. Epidémiologie

La mastite lactationnelle survenait chez environ 2 à 10 % de l'ensemble des femmes allaitantes, bien que l'incidence rapportée varie d'une population à l'autre, certaines études indiquant des taux atteignant 30 %(Gillian *et al.*, 2018).La mastite survient le plus souvent au cours de la deuxième ou de la troisième semaine dupost-partum, et la plupart des rapports indiquent qu'entre 74 et 95 % des cas surviennent au cours des 12 premières semaines suivant l'accouchement. Cependant, la mastite peut se déclarer à n'importe quel moment de l'allaitement, même pendant la deuxième année(OMS, 2004).

I.2.2.2.3. Physiopathologie

Dans la physiopathologie de la mastite puerpérale, apparaît tout d'abord la stase laiteuse souvent due à un mauvais drainage anatomique d'une partie du sein(Lepori *et al.*, 2015).Durant l'allaitement, le sein entre en phase sécrétoire, avec une importante prolifération cellulaire et une diminution du stroma. La prolifération épithéliale s'accompagne d'une augmentation de volume des cellules dont le cytoplasme se vacuolise, et la sécrétion de graisse, lactose et protéines s'accumule dans les glandes lobulaires distendues et les canaux (Leconte *et al.*, 2008).Plusieurs hypothèses peuvent expliquer la réaction inflammatoire liée à la stase laiteuse.

Le lait contient des substances pro-inflammatoires telles que les cytokines et les macrophages pouvant être responsables d'une réaction inflammatoire. Il contient également une gamme de protéines spécifiques non retrouvées ailleurs dans le corps, ainsi la stase de lait pourrait entraîner une réponse immunitaire dirigée contre les protéines du lait (**Roumengous, 2019**).

I.2.2.2.4. Symptomatologie

Les symptômes susceptibles d'être observés sont la rougeur, la chaleur, la douleur, l'enflure et le durcissement d'une partie du sein. La patiente peut également présenter des signes généraux tels que de la fièvre à 38.5° ou plus pouvant être accompagné de frisson, d'une sensation de malaise et de douleurs pseudo grippal. La mastite est généralement unilatérale mais peut atteindre les deux côtés. Enfin, il n'y a pas de symptômes spécifiques permettant de distinguer la mastite inflammatoire de la mastite infectieuse (**Roumengous, 2019**).

I.2.2.2.5. Etiologies

Les deux principales causes de mastite sont la stase laiteuse et l'infection. La stase laiteuse en est en général la cause première. Elle peut s'accompagner d'une infection ou y aboutir, mais pas nécessairement.

En 1958, Gunther a constaté, suite à une observation clinique, que la mastite était la conséquence d'une stagnation du lait dans le sein et qu'en extrayant efficacement le lait à mesure qu'il était produit, l'on pouvait, dans une grande mesure la prévenir. Elle a avancé, en outre, que lorsqu'il y avait infection, celle-ci n'était pas primaire, mais résultait de la stagnation du lait, qui offrait un milieu favorable au développement des bactéries.

En 1984, Thomsen et al. ont apporté de nouveaux éléments qui ont confirmé l'importance de la stase laiteuse. Ils ont mesuré la quantité de leucocytes et de bactéries présents dans le lait provenant de seins présentant des signes cliniques de mastite et ont proposé la classification suivante:

- stase laiteuse;
- inflammation non infectieuse (ou mastite non infectieuse);
- mastite infectieuse.

Dans le cadre d'une étude randomisée, ils se sont aperçus que la stase laiteuse ($<10^6$ leucocytes/ml de lait et $<10^3$ bactéries/ml de lait) évoluait vers une amélioration simplement en maintenant l'allaitement; que la mastite non infectieuse ($>10^6$ leucocytes/ml de lait $<10^3$ bactéries/ml de lait) nécessitait une expression complémentaire du lait après chaque tétée; et que pour la mastite infectieuse ($>10^6$ leucocytes/ml de lait et $>10^3$

bactéries/ml de lait) le seul traitement valable était l'association de l'expression du lait et d'une antibiothérapie par voie générale. Il semble y avoir un continuum de l'engorgement à la mastite non infectieuse à la mastite infectieuse à l'abcès.

Thomsen et Al. ont également établi une relation entre les nombres de leucocytes et de bactéries trouvés et les observations cliniques, et se sont aperçus qu'on ne pouvait pas dire avec certitude s'il y avait infection ou non à partir des seuls signes cliniques (OMS, 2004).

I.2.2.2.6. Facteurs favorisants

Plusieurs facteurs contribuent au développement de la mastite puerpérale.

- une stase du lait dans les canaux ectasiques ou dans les galactocèles persistants et récurrents ;
- les germes pénètrent dans les canaux jusqu'aux régions profondes du sein et atteignent le lait stagnant, qui est un excellent milieu de culture bactériologique ;
- des antécédents de mastite lors d'un précédent allaitement ;
- cas d'application de crème fongique ;
- lors d'un changement brutal de rythme des tétées ou en cas d'utilisation d'un tire-lait ;
- la fatigue et le stress des premières semaines après l'accouchement

(Leconte et al., 2008).

I.2.2.2.7. Complications des mastites puerpérales

La mastite est une complication fréquente du post partum et généralement bénigne. Cependant elle peut être à l'origine d'un arrêt contraint et précoce de l'allaitement. Selon une étude publiée dans *pediatrics* sur 1177 mères suivies pendant 1 an, 60% déclarent avoir arrêté l'allaitement plus tôt qu'elles ne l'auraient souhaité. La mastite fait partie des 4 principales causes d'arrêt d'allaitement citées par ces femmes.

La mastite peut avoir des conséquences néfastes sur le lien mère-enfant et être la cause d'une souffrance psychologique chez la mère.

Par ailleurs elle est souvent récidivante. Selon l'OMS 40 à 54 % des femmes observées avaient déjà connu un ou plusieurs épisodes de mastite. Cette récurrence pourrait résulter d'une mauvaise technique d'allaitement non corrigée.

En l'absence de prise en charge précoce et adaptée la mastite peut se compliquer dans 3% des cas d'un abcès du sein. La prise en charge est alors hospitalière et nécessite un drainage de l'abcès le plus souvent à l'aide d'une aiguille par voie per cutanée. L'abcès du sein ne contre indique pas la poursuite de l'allaitement.

Exceptionnellement, la mastite peut être grave, un cas clinique a été décrit dans la littérature, celui d'une femme ayant présenté une mastite puerpérale à streptocoque B hémolytique du groupe A compliquée de nécrose des 2/3 des seins ayant nécessité une ablation chirurgicale des tissus nécrosés. Cependant aucun autre cas n'a été décrit (**Roumengous, 2019**).

I.2.2.2.8. Diagnostic

Le diagnostic d'une mastite puerpérale est souvent aisé en raison des circonstances cliniques.

I.2.2.2.8.1. Clinique

La mastite est parfois précédée d'un engorgement compliquant un canal lactifère bouché. Il se présente cliniquement sous la forme d'une masse douloureuse, avec parfois une rougeur, moins intense. Cliniquement, il y a une altération de l'état général de type syndrome grippal, avec une fièvre élevée à plus de 38,5 °C et des frissons.

Localement, il existe une masse douloureuse rouge, chaude (figure 3). Parfois des traînées rouges s'étendent jusqu'au creux axillaire. La mastite s'accompagne d'une hypertrophie des ganglions axillaires du côté atteint (**Leconte et al., 2008**).



Figure 3 : Mastite : zone inflammatoire des quadrants inférieurs et internes du sein droit(**Leconte et al., 2008**).

I.2.2.2.8.2. Examen radiologie

Une atteinte inflammatoire peut être due à des étiologies multiples, parfois difficiles à reconnaître. Il est donc important d'utiliser pleinement les techniques d'imagerie radiologique du sein afin d'essayer de poser un diagnostic le plus précis possible. Le choix de la technique dépendra de l'expertise technique et humaine disponible et du contexte clinique avec prise en compte de l'âge de la patiente (**Lepori et al., 2015**)

I.2.2.2.8.2.1. Examen d'échographie

L'examen échographique est capital chez les patientes avec une atteinte inflammatoire mammaire. Cet examen doit être systématique, bilatéral, comprenant l'analyse des aires ganglionnaires axillaires. L'échographie permet de visualiser des images suspectes d'atteinte

tumorale, en cas de cancer inflammatoire, et de trouver des collections liquidiennes(figure 4)(Lepori et al., 2015).

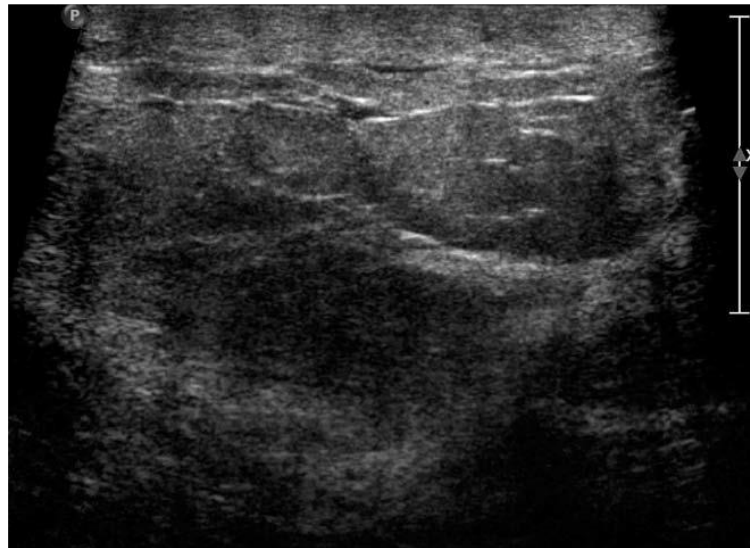


Figure 4 : Mastite à un stade débutant. Échographie du sein droit :

I.2.2.2.8.2.2. Mammographie

La mammographie est un examen radiologique qui permet de dépister toutes les affections du sein. Un examen mammographique doit être proposé aux patientes de plus de 30 ans se présentant avec un syndrome inflammatoire mammaire. Il doit être bilatéral afin de pouvoir comparer le côté sain au côté malade, et rechercher des signes fins au niveau de la mammographie du côté atteint, mais également de pouvoir dépister une pathologie controlatérale toujours possible dans cette situation clinique (Lepori et al., 2015).

I.2.2.2.9. Prise en charge

Le traitement médicamenteux se base en principe sur la prescription d'une antibiothérapie et d'un traitement anti-inflammatoire systémique et local.

I.2.2.2.9.1. Antibiothérapie

L'antibiotique de premier choix sera une combinaison d'amoxicilline et de l'acide clavulanique à raison de 1 g, 2 fois/jour per os. En cas d'allergie à la pénicilline, il faudra prescrire de la clindamycine à raison de 600 mg, 3 fois/jour. La durée de ces traitements devrait être d'environ 2 semaines, même si les symptômes disparaissent rapidement après le début du traitement. Cette longue durée est justifiée par une pénétration relativement mauvaise des antibiotiques dans les tissus mammaires (Lepori et al., 2015).

I.2.2.2.9.2. Traitement anti-inflammatoire

Le traitement anti-inflammatoire systémique fait recours à des médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens, comme l'ibuprofène, à raison de 400 mg, 3 ×/jour. Les

précautions habituelles de protection gastrique doivent être prescrites en fonction de l'historique de la patiente. Un traitement anti-inflammatoire local peut être prescrit soit par des pommades contenant un anti-inflammatoire non stéroïdien (**Lepori et al., 2015**).

I.2.2.2.10. Prévention

Les pratiques et les techniques adéquates pour prévenir les mastites puerpérales sont résumées dans le tableau I.

Tableau I : Pratiques adéquates et techniques correctes pouvant contribuer à prévenir une mastite puerpérale (**Gillian et al., 2018**).

Pratiques adéquates	Techniques correctes
<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en oeuvre l'allaitement très tôt après la naissance (au maximum 24 heures) • Allaitement exclusif • Demande libre, pas de tétées programmées • Laisser le bébé finir de téter et d'extraire le lait d'un sein avant de lui proposer l'autre sein • Retarder l'utilisation d'une tétine 	<p>Position de la femme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apprendre comment s'asseoir ou s'allonger correctement et confortablement pour l'allaitement <p>Position du bébé</p> <ul style="list-style-type: none"> • La tête et le corps sont alignés • Le visage fait face à la poitrine, le nez est opposé au mamelon • Tout le corps fait face à la mère <p>Position de la bouche sur le sein (suction correcte) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manière par laquelle la femme prend et présente le sein • Recommandation : la main forme un « C » • Stimuler le réflexe de recherche et une large ouverture de la bouche • Il n'est pas nécessaire de placer un doigt à proximité du nez

II. MATERIELS ET METHODES

II.1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital de Sikasso.

II.1.1. Description

II.1.1.1. Présentation géographique de la région de Sikasso

La région de Sikasso ou la 3ème région administrative du Mali occupe le sud du territoire national entre 12°30' latitudes nord et la frontière Ivoirienne d'une part et 8°45' longitudes ouest et la frontière Burkinabé d'autre part. Elle est limitée au nord par la région de Ségou, au sud par la république de Côte d'Ivoire, à l'ouest par la république de Guinée, à l'est par le Burkina Faso et au nord-ouest par la région de Koulikoro. D'une superficie de 71790 Km² soit 5,8% du territoire national, la région de Sikasso compte 7 cercles (Sikasso, Bougouni, Koutiala, Kadiolo, Kolondiéba, Yanfolila, et Yorosso), 3 communes urbaines (Sikasso, Bougouni, Koutiala), 144 communes rurales et 1831 villages avec une population de 3.434.000 habitants en 2017. Sur le plan sanitaire, la région de Sikasso compte des districts sanitaires parmi lesquels le district de Sikasso qui abrite l'hôpital qui constitue la référence régionale. La région de Sikasso, la seule région du Mali s'étendant en exclusivité dans la zone humide et subhumide, occupe une zone comprise entre les isohyètes 750mm au nord et 1400 mm au sud

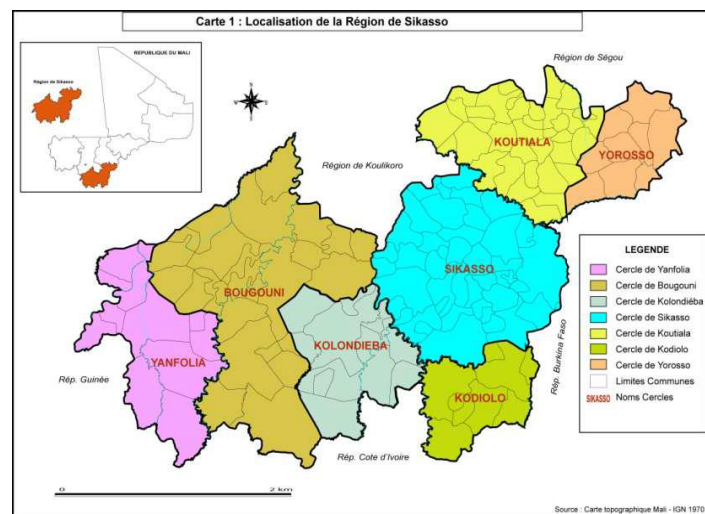


Figure 5 : Carte administrative de la région de Sikasso

II.1.1.2. Présentation de l'hôpital de Sikasso

L'hôpital de Sikasso est situé au quartier. Lafiabougou non loin du commissariat de police du 2ème Arrondissement sur la route de Missirikoro. L'hôpital de Sikasso couvre une superficie d'environ huit (8) hectares (ha). Ce complexe hospitalier est pavillonnaire et comprend 21 bâtiments avec un mur de clôture de 1,7 km linéaire. La pose de la première pierre a été faite en Novembre 2007 et l'inauguration a eu lieu le 18 Octobre 2010 sous la présidence de son Excellence M. Amadou Toumani TOURE.

Le déménagement s'est déroulé le 29 Novembre 2010.

Les infrastructures de l'hôpital sont réparties en services :

- Service Administratif (direction) ;
- Service de Médecine générale ;
- Service de Cardiologie ;
- Service des Urgences ;
- Service de Chirurgie générale ;
- Service de Traumatologie ;
- Service d'Urologie ;
- Service de Gynéco Obstétrique ;
- Service d'ORL et d'Odontostomatologie ;
- Service de Pédiatrie ;
- Service de Néphrologie ;
- Service de Nutrition ;
- Service d'Ophtalmologie ;
- Un centre d'hémodialyse ;
- La pharmacie ;
- Service d'Imagerie ;
- Un laboratoire et la banque de sang ;
- Service d'anesthésie réanimation, 2 blocs opératoires dont un annexé au service de gynécologie obstétrique.

II.1.2. Organisation structurale du Service de la Gynécologie obstétrique de l'hôpital de Sikasso

Le service de la gynécologie obstétrique est divisé en trois grandes unités qui sont :

- Le bloc obstétrical ;
- L'hospitalisation ;

- Les consultations externes.

II.1.2.1. Le bloc obstétrical comprend

II.1.2.1.1. L'accueil :

Cet espace est disposé de trois salles : une salle d'échographie, une salle de tri et une salle pour les soins après avortement.

Un ascenseur de service servant de transport des malades hospitalisés à l'étage.

- Le secteur d'accouchement comprend trois salles distinctes :

La salle d'accouchement ; la salle opératoire où sont prise en charge toutes les urgences gynéco-obstétricales et la salle de réveil avec trois lits.

- La zone accouchement comprend :

1 salle de travail avec 3 lits et 1 table d'accouchement ; 1 salle d'accouchement avec 2 tables d'accouchement et 1 lit d'accouchement ; 1 salle de suites de couches de 6 lits ; 1 coin de réanimation des nouveau-nés de 2 postes constitué d'un appareil d'aspiration et de 2 lampes chauffantes.

Le tout est sous la surveillance de deux sages-femmes et deux infirmières obstétriciennes.

II.1.2.1.2. Le bloc opératoire comprend :

1 salle d'opération pour toutes les urgences gynéco-obstétriques et une salle de réveil avec 3 lits surveillés par deux infirmières.

II.1.2.1.3. Le bloc d'Hospitalisation

L'hospitalisation de la gynécologie obstétrique, regroupe

- les suites de couches/césariées ;
- Les grossesses pathologiques et la gynécologie médicale et chirurgicale.

La consultation externes est disposée d'une salle de consultation gynécologique, CPN de référence, et grossesses à risque ; une salle de CPN pour grossesse normale, dépistage du cancer du col de l'utérus et planification familiale et une Salle de préparation à l'accouchement (Ecole des mères).

II.1.2.2. Personnel de la maternité de l'hôpital de Sikasso

Le personnel de la maternité de l'hôpital de Sikasso est composé de :

- Quatre gynécologues obstétriciens dont le chef de service ;
- Quatre étudiants en médecine faisant fonction d'interne ;
- Dix-sept sages-femmes ;
- Sept infirmières obstétriciennes ;
- Des stagiaires en perfectionnement ;
- Trois filles et un garçon de salle ;

- Quatre brancardiers.

II.1.2.3. Organisation des activités

Il existe 4 jours de consultation gynéco-obstétricale assurées par les médecins gynécologues (Lundi au Vendredi) et 1 jour pour les interventions chirurgicales programmées (mercredi). La prise en charge des urgences est effective 24/24 heures. Les consultations prénatales et l'échographie gynéco-obstétricale sont réalisées 24/24 heures.

Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8H00 mn unissant le personnel du service dirigé par un gynécologue.

Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte-rendu des activités et des événements qui se sont déroulés durant les 24 heures de garde. La visite est journalière et elle est dirigée par un gynécologue.

Il existe une permanence qui est assurée par une équipe composée d'un gynécologue, d'un interne, deux sage-femmes, un technicien supérieur en anesthésie, un aide de bloc, deux infirmières, une fille de salle et deux brancardiers.

Le service de gynécologie obstétrique reçoit majoritairement les urgences obstétricales évacuées par d'autres structures sanitaires des districts sanitaires de Sikasso, Kignan, Nièna, Kadiolo, Koutiala et très rarement les autres districts sanitaires de la région (Kolondièba).

II.2. Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive allant du 1^{er} janvier 2020 au 30 Septembre 2021 soit 31 mois.

II.3. Population d'étude

L'étude a porté sur tous les cas de mastites puerpérales admis dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital de Sikasso entre le 1^{er} janvier 2020 et 31 Septembre 2021 inclus.

II.3.1. Echantillonnage

II.3.1.1. Critères d'inclusion

Dans notre étude, nous avons retenu : -Tous les cas des tumeurs du sein (bénigne ou maligne) de diagnostic clinique et mammographie durant la période d'étude.

II.3.1.2. Critères de non inclusion

Les patientes dont la date de diagnostic est en dehors de la période d'étude.

II.3.1.3. Collecte des données

Les informations ont été obtenues à partir des supports ci-dessous :

- Les registres de consultation externe du service de gynécologie ;

- Les fichiers électroniques des cas de mammographie du service d'imagerie ;
- Les dossiers d'hospitalisations ;
- Le registre de sorti.

Les données de chaque patiente ont collectés sur fiche d'enquête (annexe 01).

II.4. Analyses des données

Le logiciel Excel 2013 a servi pour la saisie et l'analyse statistique des données.

II.5. Matériels

- thermomètre ;
- tensiomètre ;
- pèse-personne ;
- bulletin d'analyse.

II.6. Méthodes

II.6.1. Examen clinique

II.6.1.1. Prise des constantes

Il s'agit essentiellement de la prise de :

- du poids en utilisant la pèse-personne
- la tension artérielle à l'aide du tensiomètre
- du pouls
- la température avec le thermomètre

II.6.1.2. Interrogatoire

Il a pour but d'orienter vers une étiologie et de rechercher des facteurs de risque de cancer du sein et repose sur :

- la notion et la durée de l'allaitement ;
- la durée d'apparition et les caractéristiques de la douleur ;
- l'intensité de la douleur ;
- les signes d'accompagnement de la douleur.

II.6.1.3. L'inspection

Elle se fait sur la patiente debout. Il faut inspecter le galbe des seins, lors du relèvement et de l'abaissement des bras puis noter l'existence de toutes les anomalies observées : tuméfaction, voussure, modifications du mamelon mais aussi ride, sillon cutané.

II.6.1.4. Palpation

La palpation se fait sur une patiente nue jusqu'à la ceinture, d'abord en position debout puis en décubitus dorsal. Après avoir demandé à la patiente de mettre les mains sur la nuque, il

faut palper la glande mammaire, secteur par secteur, en divisant arbitrairement les seins en quatre zones centrées par le mamelon.

Chez la femme allongée en décubitus dorsal, la main à plat comprime modérément la glande mammaire sur le gril costal.

II.6.1.5. Rétablissement d'un bulletin d'analyse

Après la consultation clinique, un bulletin de radiographique est établi pour la patiente.

II.6.2. Examen radiologique

II.6.2.1. Echographie

L'échographie permettra de :

- Différenciation de lésions solide et kystique
- recherche d'éléments de caractérisation d'une lésion vue en mammographie
- Recherche d'une cible en vue d'une ponction

II.6.2.2. Mammographie

La mammographie est un examen radiologique qui permet de dépister toutes les affections du sein. Il existe la mammographie conventionnelle et numérique. Il a pour rôle :

- dépistage organisé de masse ;
- dépistage individuel à partir de 40 ans ;
- anomalie clinique mammaire (écoulement mammaire, nodule mammaire, mastodynie, ...) ;
- coupler à l'échographie ;
- Biopsie pour confirmer le diagnostic.

III. RESULTATS ET DISCUSSIONS

III.1. Résultats

III.1.1. Description de la population d'étude

Quarante et trois patientes ont été enregistrées soit une fréquence de 0,90 % de l'ensemble des femmes allaitantes avec un âge moyen de $31,4 \pm 8,7$ ans (extrêmes : 17 ans et 48 ans). Il s'agissait majoritairement de ménagères (48,84%). La parité moyenne était de 3,5 (extrêmes : 1 et 7) (tableau I.)

Tableau I. Récapitulatif des paramètres épidémiologiques des mastites puerpérales

Variables		Effectifs	Fréquence(%)
Tranches d'âge	<20 ans	3	6,98
	20-30 ans	17	39,53
	31-40 ans	12	27,91
	>40 ans	11	25,58
Profession	Gendarme	1	2,33
	Médecin	1	2,33
	Ménagère	21	48,84
	Monitrice	1	2,33
	Secrétaire	1	2,33
	Sage-femme	1	2,33
	Vendeuse	3	6,98
Parité	primipares	3	9,30
	Paucipares	21	48,84
	Multipares	14	32,56
	grand multipares	4	9,30
Moment d'apparition	2 semaines	17	39,53
	3 semaines	14	32,56
	4 semaines	6	13,95
	5 semaines	5	11,63
	6 semaines	1	2,33

III.1.2. Caractéristiques socio démographiques

III.1.2.1. Répartition des mastites puerpérales selon les tranches d'âge

Les femmes de la tranche d'âge de 20-30 ans ont été les plus touchées par les mastites puerpérales avec une fréquence de 39,53% (n : 17) (figure 6).

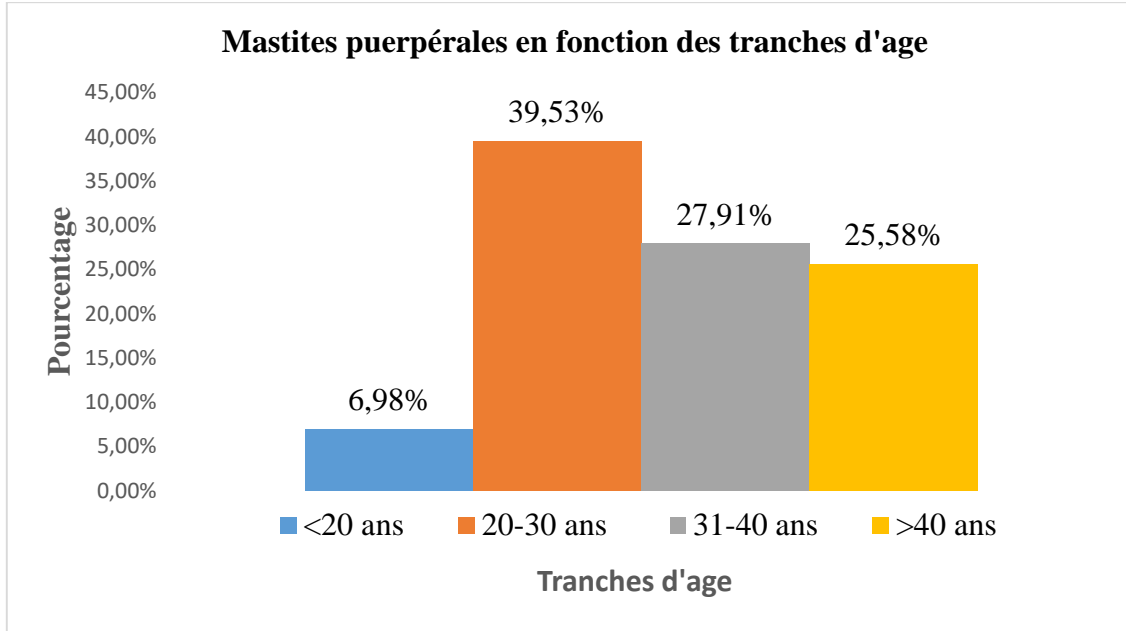


Figure 6 : Mastites puerpérales selon les tranches d'âge

III.1.2.2. Répartition des mastites puerpérales selon la profession

Les mastites puerpérales ont été identifiées fréquemment chez les ménagères durant ce travail avec 48,88%(n : 21)(figure 7).

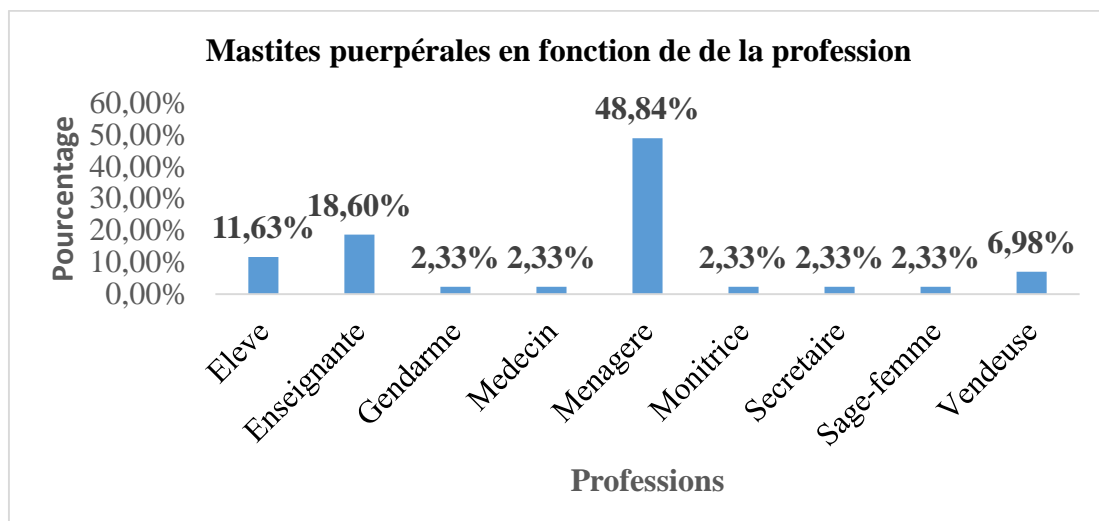


Figure 7 : Mastites puerpérales en fonction de la profession

III.1.2.3. Répartition des mastites puerpérales selon l'ethnie

Tableau II: Répartition des mastites puerpérales selon l'ethnie

Ethnie	Fréquence	Pourcentage(%)
Bambara	10	23,26
Malinké	5	11,63
Sénoufo	12	27,91
Dogon	3	0,69
Mianka	3	0,69
Peulh	8	18,60
Autres	2	0,47
Total	43	100

III.1.2.4. Répartition des mastites puerpérales selon la provenance

Tableau III: Répartition des mastites puerpérales selon la provenance

Résidence	Fréquence	Pourcentage(%)
Zone urbaine Sikasso	32	74,42
Zone rurale Sikasso	11	25,58
Total	43	100

III.1.2.5. Répartition des mastites puerpérales selon le statut matrimonial

Tableau IV: Répartition des mastites puerpérales selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Mariée	27	77,1
Célibataire	3	8,6
Veuve	5	14,3
Total	35	100,0

III.1.2.6. Evolution des mastites puerpérales selon l'année

Dans cette étude, les cas de mastites puerpérales au cours de l'année 2020 ont dominé avec un taux de 48,84%(n=21) (tableau V).

Tableau V : fréquence des mastites puerpérales selon l'année

Années	Effectifs	Pourcentage(%)
2019	13	30,23
2020	21	48,84
2021	9	20,93
Total	43	100,00

III.1.3.Aspects épidémiologiques des mastites puerpérales

III.1.3.1. Mastites puerpérales selon le moment d'apparition

La mastite puerpérale est survenue dans la majorité des cas au cours de la deuxième semaine après l'accouchement avec un taux de 39,53% (n : 17) suivis de celle survenue au cours de la troisième semaine avec 32,56 % (n : 13) (figure 8).

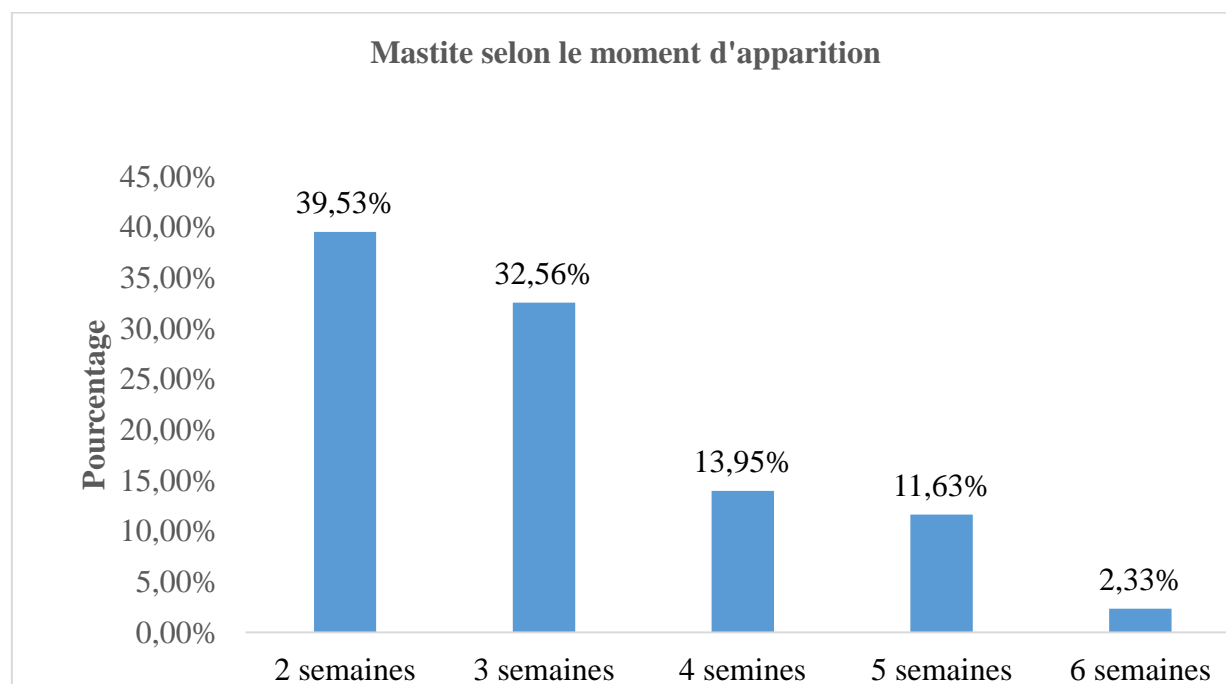


Figure 8 : Mastites puerpérales selon le jour d'apparition

III.1.3.2. Selon le mode d'accouchement

Au cours de cette étude la mastite puerpérale selon l'accouchement par la voie basse a dominé avec un taux de 88,37% (n : 38) (tableau VI).

Tableau VI : Répartition des mastites puerpérales selon le mode d'accouchement

Mode d'accouchement	effectifs	Pourcentage (%)
Voie basse	38	88,37
Voie haute	5	11,63
Total	43	100,00

III.1.3.3. Selon la parité

Selon la parité les mastites puerpérales ont été identifiées chez les paucipares avec un taux de 48,84%(n : 21) suivis des multipare avec 32,56% (n:14) (tableau VII).

Tableau VII : Répartition des mastites puerpérales en fonction de la parité

Parité	Effectifs	Pourcentage(%)
Primipares	4	9,30
Paucipares	21	48,84
Multipares	14	32,56
grand multipares	4	9,30
Total	43	100,00

III.1.3.4. Selon la gestité

Les femmes de quatrièmes gestes ont été les plus touchées par les mastites puerpérales dans cette étude avec un taux de 20,93% (n : 9) (figure 9).

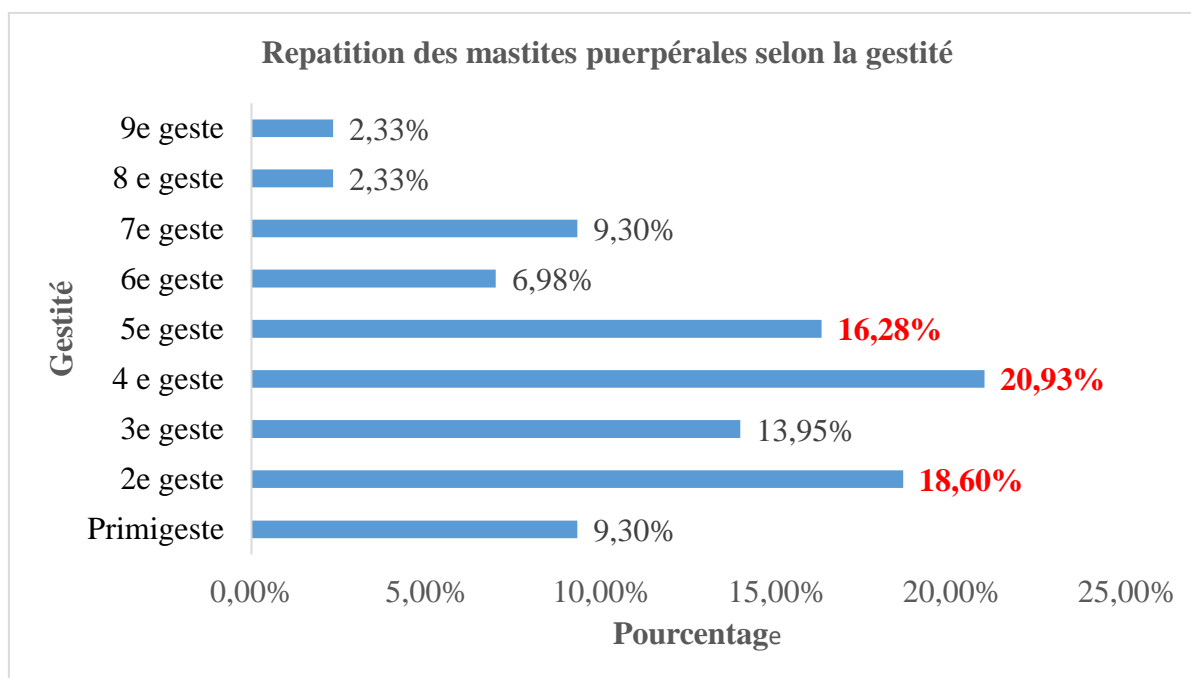


Figure 9 : Répartition des mastites puerpérales selon la gestité

III.1.4. Caractéristiques cliniques, diagnostiques et thérapeutiques des mastites puerpérales

III.1.4.1. Cliniques

Dans notre étude, les cas de mastites puerpérales avec une fièvre plus d'adénopathies ont prédominé avec un taux de 74,42% (n=32) (tableau VIII).

Tableau VIII : Mastites puerpérales en fonction des signes cliniques

Signes cliniques	effectifs	Pourcentage
Fièvre + adénopathie	32	74,42%
Fièvre sans adénopathie	8	18,60%
Adénopathie sans fièvre	3	6,98%
Total	43	100,00%

III.1.4.2. Moyens de diagnostic

Les cas de mastites puerpérales diagnostiquées par l'échographie sans mammographie ont prédominé au cours de ce travail avec un taux de 81,40% (n=35) (tableau IX).

Tableau IX : Mastites puerpérales selon les moyens de diagnostic

Examens radiologiques	Effectifs	Pourcentage(%)
Echographie+ mammographie	7	16,28
Echographie sans mammographie	35	81,40
Mammographie sans échographie	1	2,33
Total	43	100,00

III.1.4.3. Thérapeutique

Sur le plan thérapeutique, l'utilisation concomitante d'anti-inflammatoires et d'antibiotiques a été le traitement le plus utilisé avec un taux de 97,67%(n : 42) (tableau X).

Tableau X : Mastites puerpérales en fonction des moyens de prise

Moyens thérapeutiques	effectifs	Pourcentage(%)
Anti-inflammatoire + antibiotique	42	97,67
Antibiotique sans anti-inflammatoire	1	2,33
Total	43	100,00

III.2. Discussions

III.2.1. Fréquence des mastites

La mastite puerpérale est une morbidité maternelle qui affecte le bien-être des mères et de leurs bébés (**Koutora et al., 2021**). La fréquence totale des mastites puerpérales a été estimée à 0,90% dans cette étude.

Merz et al. ont rapporté une fréquence de 10 à 20 % des femmes allaitantes (**Merz et al., 2014**). Par contre Gillian et al. ont rapporté une fréquence de 2 à 10 % de l'ensemble des femmes allaitantes (**Gillian et al., 2018**).

La discordance de nos résultats avec ceux de la littérature pourrait être expliquée par la taille de l'échantillon qui n'était pas assez large.

III.2.2. Caractéristiques sociodémographiques

Les cas de mastites puerpérales ont été majoritairement rapportés chez les femmes de 20-30 ans avec une fréquence de 39,53%.

Une étude rétrospective a montré que les femmes ayant entre 21 et 35 ans étaient davantage susceptibles de présenter une mastite que celles qui ont moins de 21 ans ou plus de 35 ans (**Jonsson et al., 1994**). Une autre étude rétrospective a révélé que les femmes âgées de 30 à 34 ans sont les plus sujettes à la mastite, même lorsqu'on tient compte des effets de la parité et d'un emploi à plein temps (**Kaufmann et al., 1991**). Cette variabilité au sein des tranches pourrait être expliquée par le fait que la mastite puerpérale peut affecter toute femme allaitante quels que soient l'âge et la parité (**Koutora et al., 2021**).

Les ménagères étaient les plus touchées au cours de ce travail avec 48,88%. Par contre Koutora et al. ont rapportés majoritairement d'agricultrices avec 61,7% en 2021 au Togo (**Koutora et al., 2021**).

III.2.3. Aspects épidémiologiques des mastites puerpérales

La mastite puerpérale est survenue dans la majorité au cours de la deuxième semaine avec un taux de 32,56% suivie de celle survenue au cours de la troisième semaine avec 30,23%. Ce qui est superposable avec les données rapportées par l'OMS en 2004 dont la mastite puerpérale survenait le plus souvent au cours de la deuxième ou de la troisième semaine du post-partum (**OMS, 2004**).

Selon la parité les mastites puerpérales ont été fréquemment identifiées chez les paucipares avec un taux de 48,84%. Cette fréquence est supérieure à celle rapportée par Koutora et al. en 2021 dans leur étude sur la Complications des Mastites Puerpérales: Aspects Cliniques et

Thérapeutiques dans un Hôpital de Zone Rurale au Togo qui ne rapporte que 38,3% (**Koutora et al., 2021**).

Les femmes de quatrième geste ont été les plus touchées par les mastites puerpérales dans cette étude avec un taux de 20,93%.

III.2.4.Moyens de diagnostic

Les cas de mastites puerpérales diagnostiquées par échographie ont prédominé au cours de cette étude avec un taux de 81,40%. Le même constat est rapporté par plusieurs auteurs avec des taux variables.

Cette proportion pourrait s'expliquer par le fait que l'échographie est l'examen de choix, à réaliser le plus tôt possible afin de pouvoir confirmer le diagnostic (**Leconte et al., 2008**) et doit être systématique, bilatéral, comprenant l'analyse des aires ganglionnaires axillaires (**Lepori et al., 2015**).

III.2.5.Prise en charge

Au cours de ce travail, l'utilisation concomitante d'anti-inflammatoire et d'antibiotique a été la plus fréquente avec un taux de 97,67%.

Le même schéma a été adopté par Lepori et al. en 2015 dans leur étude sur le Sein rouge et inflammatoire : le rôle du radiologue (**Lepori et al., 2015**).

Cette fréquence pourrait s'expliquer par le fait que la prise en charge de la mastite puerpérale repose sur la vidange du lait, le traitement de la douleur et éventuellement un traitement antibiotique (**Koutora et al., 2021**).

CONCLUSION

La mastite puerpérale est une complication de l'allaitement dont la prévention est essentielle. Le retard à la consultation et le recours à des traitements inadaptés exposent à des complications. Ces complications pourraient être évitées par des activités de sensibilisation incitant les populations à se faire consulter précocement à l'hôpital et à éviter le recours systématique au traitement indigène devant toute affection. La prise en charge adéquate des complications des mastites puerpérales quoique plus coûteuse et longue que celle de la mastite simple donne des résultats satisfaisants.

PERCEPTIVES

Pour poursuivre ce travail, nous souhaitons :

- Evaluer la prévalence des mastites puerpérales à l'échelle nationale,
- Etudier les complications des mastites,
- Mettre en place un protocole de prise en charge.

RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, les recommandations suivantes ont été formulées et s'adressent :

1. Au ministère chargé de la santé

- Assurer les formations / recyclages du personnel socio-sanitaire.

2. Au directeur du l'hôpital de Sikasso

- Instaurer un système rapide pour le résultat d'antibiogramme au laboratoire de l'hôpital ;
- Maintenir en bon état les appareils radiologiques comme la mammographie et l'échographie.

3. Aux prestataires

- Eduquer, sensibiliser et informer les femmes dans le post-partum et/ou abortum sur l'intérêt de la consultation post-natale ;
- Demander une échographie précoce chaque fois qu'il y'a une mastodynie dans le post partum ;
- Développer dans les maternités des consultations spécialisées permettant un contact entre les mères allaitantes, une éducation spécifique autour des facteurs de risque, et l'hygiène de l'allaitement maternel ;
- Référer systématiquement tous les cas de mastodynie à l'hôpital, dans le but de prévenir et/ou de prendre en charge les mastites puerpérales.

4. A la communauté :

- Se présenter tôt dans un centre de santé pour les consultations post-natales ;

- Consulter à temps dans un centre de santé chaque fois qu'une femme allaitante présente une anomalie du sein dans le post-partum.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Anatomie du sein** « www.chirurgie-gynecologie.fr/page-chir-sein/anatomie-sein.htm » (consulté le 25/10/2021 à 18h 30).
2. **Gillian A, Chittaranjan N.** Épidémiologie de la mastite. *Le Nid*, 2018 ; 43 :1-7.
3. **.Jonsson S, Pulkkinen MO.** Mastitis today: incidence, prevention and treatment. *Annales Chirurgiae and Gynaecologiae.Suppementum*, 1994, 208:84-87.
4. **Kaufmann R, Foxman B.** Mastitis among lactating women: Occurrence and risk factors. *Social Science and Medicine*, 1991, 33(6):701-705.
5. **Koutora B, Kouevi-Koko ET, Agbogawo M, Koffi K MN, Guinhouya DY, Kanassoua KK.** Complications des Mastites Puerpérales: Aspects Cliniques et Thérapeutiques dans un Hôpital de Zone Rurale au Togo. *Natural/Life/Medical Sciences*, 2021 ; 17(34) : 86-93.
6. **Leconte I, Fellah L.** Mastite et allaitement. *Imagerie de la Femme*, 2008;18:223-228.
7. **Lepori D.** Sein rouge et inflammatoire : le rôle du radiologue. *Journal de Radiologie Diagnostique et Interventionnelle*, 2015 ; 96 : 464-484.
8. **Mertz, L, De Courten, C, Orasch, C.** Infections du sein. *Rev Med Suisse*, 2014; 10 : 925-30.
9. **Organisation Mondiale de la Sante.** Mastite causes et prise en charge. 2004 Pp 1-7
10. **Roumengous L.** Quelle information délivrer aux femmes qui allaitent concernant la mastite? [Thèse d'exercice]. Université Claude Bernard – Lyon 1 (France), 2019 Pp 121.

ANNEXE

FICHE DE COLLECTE

Facteurs socio démographiques

Age :

Profession :

Provenance :

Aspects épidémiologiques

Moment auquel la mastite apparaît: Nombre de sein atteint :

Mode d'accouchement :

Parité :

Geste :

Aspects cliniques

Fièvre :

Adénopathie :

Aspects diagnostiques

Echographie :

Mammographie :

Aspects thérapeutiques

Anti inflammatoires :

Antibiotiques :