

Allaitement

Les maux de la femme allaitante

RÉSUMÉ : La prise en charge des inflammations du sein doit être précoce. Le drainage du sein est primordial, associé à un antidouleur, et la guérison doit être rapide. Si ce n'est pas le cas, la réactivité est essentielle pour passer à l'étape suivante et éviter des complications qui mettraient en péril l'allaitement.

Pour les douleurs du sein ou plus spécifiquement du mamelon, l'examen clinique est essentiel ainsi que la surveillance rapprochée.

La plupart des médicaments peuvent être prescrits durant l'allaitement. Le CRAT (Centre de référence sur les agents tératogènes) est une référence de choix en cas de doute.

Enfin, l'inhibition de la lactation par traitement médicamenteux doit se faire au cas par cas et la cabergoline est à privilégier.



C. CADET
Sage-femme, Hôpital Robert-Debré,
PARIS.

■ Pathologies les plus courantes

- **Fièvre :** trouver la cause.
- **Infection :** pas d'arrêt de l'allaitement mais un renforcement des mesures d'hygiène et, en cas d'infection bactérienne, des antibiotiques compatibles.

■ Pathologies plus spécifiques

1. Syndrome du canal bouché

Le début est progressif. Il s'agit d'une zone du sein rouge, indurée, sensible. Une "bulle" sur la pointe du mamelon peut être associée. Cela est dû à une stase du lait dans un canal qui finit par passer dans le système lymphatique et provoquer une inflammation. Des cas de lymphangite peuvent aussi être évoqués lors de cette clinique. La fièvre peut se surajouter mais, lors de l'auscultation, il n'y a pas de masse palpable.

Dans tous les cas, la guérison doit être rapide. Une vidange efficace du sein est encouragée, par la succion du bébé ou *via* l'expression manuelle. On peut installer le bébé avec le menton dirigé vers

le placard rouge (type ballon de rugby car une inflammation du cadran externe est souvent présente). La patiente peut aussi mettre du chaud ou compresser l'endroit douloureux lors de la vidange. Une prescription de paracétamol est également préconisée.

2. Mastite

Les symptômes sont les suivants : début progressif, sur plusieurs jours, accident vers les 12-15^e jours, fièvre modérée à 38-38,5°, douleur de tout le sein qui est plus ferme que l'autre. Il s'agit très souvent d'une lymphangite mal traitée.

Les mastites seront favorisées par la présence de lésions sur les mamelons et par la stase lactée (raison pour laquelle ce type de pathologie est exceptionnel chez une femme non lactante). Elles constituent un continuum en fonction de l'importance de l'atteinte locale, de la virulence du germe en cause et de sa prolifération.

Les mastites dites épidémiques surviennent habituellement pendant les premiers jours du post-partum et sont causées par un germe hospitalier, souvent un staphylocoque doré résistant.

I Allaitement

Ces mastites sont rares et le risque d'abcès est relativement important même avec un traitement antibiotique rapide.

Les mastites sporadiques sont moins graves et répondent habituellement bien au traitement. Pendant longtemps, on a recommandé aux mères de cesser l'allaitement du côté atteint jusqu'à ce que l'on constate que le fait de "vider" régulièrement les seins était une composante majeure du traitement, afin d'éviter la prolifération microbienne, et que la mastite ne pose normalement aucun problème au bébé allaité.

Le traitement de première intention reste le même que précédemment mais en l'absence d'amélioration sous 24-48 heures, on ajoutera de l'ibuprofène 200 à 400 mg 3 fois par jour. Si aucun changement ne survient dans un délai de 24-48 heures, il faut lui associer un traitement antibiotique par pristinamycine à raison de 1 g toutes les 8 heures pendant 7 jours sans jamais oublier que le drainage reste le traitement de choix.

3. Abcès du sein

Exceptionnel, il complique une mastite négligée ou mal traitée. Il se traduit par une infection suppurée d'un lobe mammaire vers J15.

● Clinique

Le début est progressif puis les douleurs sont majorées et la fièvre devient oscillante (38-39°)

● À l'examen

- sein volumineux, rouge, tendu et très douloureux (aspect de peau d'orange);
- tuméfaction sous-jacente, masse mal limitée qui devient fluctuante quand l'abcès est collecté, douleur pulsatile, parfois issue du pus à la pression du mamelon (le signe de Budin peut le confirmer). Le germe le plus souvent mis en cause reste *Staphylococcus aureus*.

● Traitement

La ponction à l'aiguille, même si elle doit être répétée, serait une bonne alternative au drainage chirurgical dans un certain nombre de cas, surtout sur des abcès de petite taille. Par ailleurs, la ponction a l'avantage d'être faite sous anesthésie locale et avec de meilleurs résultats esthétiques, permettant à la patiente de ne pas être séparée de son bébé.

Lorsqu'un drainage est effectué, il est important de bien examiner l'intérieur de l'abcès et d'effectuer une biopsie de ses parois pour exclure la possibilité (rare) d'un carcinome. L'incision ou le drainage sont réalisés avec un antibiotique associé, la pristinamycine étant à privilégier (même si l'efficacité de l'antibiothérapie n'est pas tranchée) sans oublier la vidange des deux seins. L'allaitement peut être poursuivi du côté sain, l'utilisation du tire-lait du côté atteint est possible. La reprise complète de l'allaitement peut être envisageable après 48 heures d'antibiothérapie, dès que les douleurs et la cicatrisation le permettent.

4. Galactocèles

Les galactocèles surviennent pendant la lactation ou peu après le sevrage. Ces tumeurs liquidiennes sont des masses souples, mobiles, souvent sensibles, bien localisées. L'aspiration fait le diagnostic et constitue le traitement. Elle ramènera du lait pendant la lactation ou peu de temps après le sevrage, ou un liquide caséux si la tumeur a vieilli. Les récurrences ne sont pas rares et plusieurs aspirations pourront être nécessaires. Une mammographie est rarement utile, de même qu'un traitement chirurgical.

5. Cancer et allaitement

Les recommandations de l'European Society of Breast Cancer Specialists (2012) pour la gestion des jeunes femmes atteintes de cancer du sein ne contre-indiquent pas l'allaitement après un cancer du sein. La production de lait

après chirurgie mammaire conservatrice et radiothérapie est réduite, mais l'allaitement de l'autre sein est possible et sans danger pour la mère et l'enfant, à condition que la patiente soit à distance de traitements potentiellement nocifs pour le nouveau-né. Il n'existe pas de données contre-indiquant l'allaitement maternel en cas d'antécédent de cancer du sein quelle que soit la durée de la rémission. Il n'existe pas de données spécifiques sur le risque de récurrence en cas d'allaitement maternel [1].

6. Syndrome du tuyau rouillé

Un écoulement mammaire sanglant (syndrome du tuyau rouillé) n'est pas exceptionnel pendant le 3^e trimestre de la grossesse en raison de la prolifération de la glande mammaire qui peut provoquer des lésions au sein des canaux lactifères. L'allaitement peut être débuté (ou poursuivi). Le saignement disparaît habituellement après la lactogénèse. Une mammographie et une biopsie seront indiquées uniquement si l'écoulement sanglant persiste 2 mois après l'accouchement, s'il est localisé à un seul canal lactifère ou s'il s'accompagne d'une masse mammaire palpable.

7. Mycose du sein

La clinique fait état d'une douleur vive dans le mamelon irradiant dans le sein, à type de brûlures qui durent tout au long de la tétée et même après, sans lésion cutanée. Le mamelon peut prendre une coloration framboise. La mycose du sein peut s'accompagner d'un muguet chez l'enfant.

Pour le traitement, on peut appliquer du miconazole gel buccal sur le bout du sein après chaque tétée durant 15 jours après l'arrêt des symptômes. Il faudra également envisager de traiter l'enfant par nystatine.

Si la candidose persiste, il faut envisager un traitement par fluconazole avec une durée de traitement pouvant aller

jusqu'à 15 jours après l'arrêt des symptômes. Le lait tiré peut être donné mais pas conservé car le *Candida albicans* persiste malgré la congélation.

8. Vasospasme ou syndrome de Raynaud

C'est une cause fréquente de douleur des mamelons. Le diagnostic se fera par un bon interrogatoire et par un test au froid avec observation de changement de coloration pour le mamelon. L'une des premières choses à faire est d'éviter l'exposition des seins au froid. Il faut noter que, dans certains cas, c'est tout le corps qu'il faudra garder au chaud pour éviter l'apparition d'un vasospasme réflexe au niveau des mamelons. Lorsqu'un vasospasme survient, l'application immédiate de chaleur peut faire céder la douleur. Les femmes atteintes doivent aussi éviter le tabac : 2 cigarettes/jour suffisent pour augmenter la résistance vasculaire de 100 % et diminuer de 40 % le flux circulatoire cutané. La caféine exacerbe les symptômes chez certaines femmes. La pratique régulière de l'exercice physique modéré s'avère bénéfique.

Parmi les traitements médicamenteux utilisables pour traiter le vasospasme des mamelons, la nifédipine, un inhibiteur calcique, représente actuellement le meilleur choix. Elle permet d'obtenir une diminution des crises de 50 à 91 % suivant les femmes. L'enfant allaité absorbe environ 5 % de la dose maternelle. Aucun effet iatrogène n'a jamais été rapporté. Les effets secondaires assez fréquents de la nifédipine (céphalées, bouffées de chaleur, œdèmes, nausées, tachycardie...) peuvent être évités en débutant par une posologie basse et en augmentant si nécessaire jusqu'à l'obtention d'un résultat satisfaisant, ou en utilisant une forme à libération lente [2].

Allaitement, drogues et médicaments

Comme cela est décrit dans le travail d'Anne Chantry [3], les anti-

inflammatoires non stéroïdiens (AINS), qui ont une demi-vie courte, peuvent être utilisés. Certaines précautions sont nécessaires en cas d'utilisation d'antalgiques de palier II et III. Il n'est pas justifié de différer la mise en route de l'allaitement en cas d'analgésie locorégionale ou générale.

Les traitements antibiotiques ne justifient pas l'interruption de l'allaitement. Les anxiolytiques de la classe des antihistaminiques H1 sédatifs tels que l'hydroxyzine ne doivent pas être prescrits en cas d'allaitement maternel.

Les traitements anxiolytiques par benzodiazépines doivent être évités au cours de l'allaitement maternel. L'oxazepam peut être proposé pour un traitement d'une durée limitée et en dose quotidienne. La surveillance clinique du nourrisson est indispensable, notamment l'apparition de signes de sédation (sommeil prolongé, diminution de la succion, mauvaise prise de poids).

Les traitements antidépresseurs de la famille des inhibiteurs de la recapture

POINTS FORTS

- Il existe peu de traitements contre-indiqués à l'allaitement et peu de pathologies empêchant une patiente d'allaiter.
- En cas de canal bouché, voire de mastite, le traitement de première intention est le drainage du sein par la succion du bébé, le tire-lait ou la vidange manuelle.
- En cas de mastite, la patiente est à voir toutes les 48 heures maximum avec comme étapes : explication de la vidange du sein avec position idéale du bébé et paracétamol, anti-inflammatoires, antibiotiques.
- En ce qui concerne les abcès du sein, une alternative de ponction à l'aiguille sous écho-guidage même répétée est à privilégier pour éviter la séparation du bébé et de sa mère et pour de meilleurs résultats d'un point de vue esthétique (si les conditions le permettent bien sûr).
- Il existe différentes pathologies responsables des douleurs au niveau du mamelon et du sein. L'examen et la clinique sont essentiels pour instaurer le traitement adapté.

de la sérotonine tels que la paroxétine ou la sertraline peuvent être prescrits. Ces traitements sont plus appropriés que les benzodiazépines dans le traitement des troubles anxieux au cours de l'allaitement.

Les traitements hypnotiques à base de tartrate de zolpidem et zopiclone ne sont pas contre-indiqués pendant l'allaitement. Il est cependant recommandé de prendre le traitement juste après la dernière tétée du soir.

Aucun examen d'imagerie ne justifie d'interrompre l'allaitement. Le CRAT (Centre de référence sur les agents tératogènes) reste un outil de choix en cas de doute sur un médicament [3].

Il est recommandé d'éviter la consommation de boissons alcoolisées. En cas de consommation modérée et ponctuelle d'alcool, il convient de respecter un délai minimum de 2 heures avant la mise au sein. La prise de cocaïne contre-indique l'allaitement maternel. De même, l'allaitement maternel est décon-

I Allaitement

seillé en cas de prise de cannabis. Pour les femmes atteintes d'épilepsie qui veulent allaiter le traitement doit être poursuivi. Certaines molécules telles que la gabapentine, la phénytoïne ou l'acide valproïque peuvent être utilisées sans conséquence pour le nourrisson.

En ce qui concerne les patientes fumeuses, la nicotine et la cotinine passent dans le lait maternel dans des quantités significatives. Bien qu'il soit préconisé de déconseiller la consommation de tabac aux femmes qui allaitent, celle-ci ne constitue pas une contre-indication à l'allaitement maternel. Il est recommandé d'encourager les femmes à utiliser des substituts nicotiniques, en plus du soutien de professionnels de santé spécialisés. Si le sevrage tabagique complet n'est pas possible pendant l'allaitement maternel, il est recommandé de respecter un délai d'au moins 2 heures avant la mise au sein suivante [3].

L'inhibition de la lactation est proposée aux femmes qui ne souhaitent pas allaiter. Elle peut également être indiquée pour des raisons médicales comme dans les cas de fausse couche tardive, d'interruption médicale de gros-

sesse, de mort fœtale *in utero* (MFIU), de décès néonatal du nouveau-né, d'accouchements sous X ou en cas de contre-indication médicale à l'allaitement, en particulier en cas de séropositivité maternelle pour le virus de l'immunodéficience humaine de type VIH1, HTLV1 et 2, de tuberculose active non traitée, au cours d'une chimiothérapie anticancéreuse ou d'un traitement radioactif thérapeutique.

En raison des effets secondaires thromboemboliques et cardiovasculaires, potentiellement graves, et en dépit des conclusions de l'ANSM (Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé) et de l'EMA (Agence européenne du médicament), la prescription de bromocriptine est contre-indiquée dans l'inhibition de la lactation. Le lisuride et la cabergoline sont des alternatives acceptables à la bromocriptine. La quinagolide ne doit pas être utilisée et les traitements hormonaux (estrogène, antiestrogène et androgène), à base de pyridoxine, de prostaglandine ou d'ocytocine, n'ont aucune indication dans l'inhibition de la lactation [3].

Au total, les traitements pharmaco-

logiques ne devraient pas être proposés de façon systématique aux femmes qui ne souhaitent pas allaiter. Le lisuride est le médicament à privilégier. En raison de sa simplicité d'utilisation et des données de pharmacovigilance rassurantes, la cabergoline est une alternative acceptable à raison de 2 comprimés en prise unique juste après l'accouchement [3].

BIBLIOGRAPHIE

1. MARCELLIN L, CHANTRY A. Allaitement maternel (partie III) : complications de l'allaitement - Recommandations pour la pratique clinique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2015;44:1084-1090.
2. Dossier "Vasospasme du mamelon" sur le site de la Leche League. D'après : Lawlor-Smith L, Lawlor-Smith C. Nipple vasospasm: a manifestation of Raynaud's phenomenon and a preventable cause of breastfeeding failure. *NMAA International Conference Proceedings*, 1997;121-23.
3. MARCELLIN L, CHANTRY A. Allaitement maternel (partie IV) : usage des médicaments, diététique et addictions. Recommandations pour la pratique clinique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2015;44:1091-1100.

L'auteure a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.